This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

SIEBENUNDZWANZIGSTER BAND.

1898.

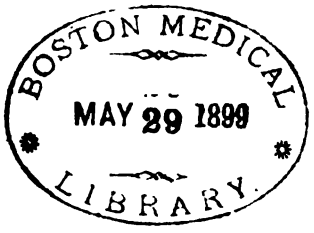
JULI BIS DEZEMBER.

MIT SECHS TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1898.



Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Die Finsensche Lichttherapie, von Sophus Bang 1
Orthoform als Anaestheticum bei intramuskulären Injektionen, von Heinrich Loeb 8
Einige neue dermatologische Heilmittel, von E. Kromayer und H. Vieth..... 11
Zwei kardinale Punkte bei der Behandlung des akuten Trippers, von P. G. Unna 20
Über das Wachstum der Haare auf den Favusnarben nach Skarifikationen und Einpflanzung von Teilen des Haarschaftes, von Menahem Hodara..... 53
Kalipasten und Kalidunstverbände, von P. G. Unna..... 65
Die Anwendung des Naftalan in der dermatologisch-syphilidologischen Praxis, von Rohleder 105
Über den praktischen Wert des mikroskopischen Gonokokken-Nachweises bei Prostituierten, von Th. Lochte..... 115
Die Eisbehandlung der Epididymitis blennorrhoica, von P. G. Unna..... 128
Beitrag zur Pathogenese und Histologie des Lupus vulgaris, von Emil Tauffer 157
Eine neue Urethralklemme für Verweilinjektionen, von Ferdinand Epstein.. 170
Xanthoma glycosuricum, von J. Schwenter-Trachsler..... 209
Über die Beziehungen der Glykosurie und des Diabetes mellitus zur Syphilis, von C. Manchot 221. 295
Pulvis cuticolor, von P. G. Unna 244
Über das Eccema rubrum universale, von J. Pini und P. L. Bosellini..... 277
Über hautfarbene Salben und Pasten, von H. Rausch..... 314
Ein Fall von ekzematöser circumscripter Dermatitis mit Berücksichtigung der dabei beobachteten Pilzelemente, von Klamann 329
Lupus erythematodes und dessen Zugängigkeit für die Therapie, von James C. White..... 333
Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris, von Paul Richter..... 342
Histo- und hämatologische Untersuchung eines Falles von Hallopeauscher Dermatitis. Die Beziehungen dieser Krankheit zur Dermatitis herpetiformis Duhring und zum Pemphigus vegetans, von Leredde..... 381
Bemerkungen über venerische Katarrhe bei Frauenzimmern, von R. Bergh.... 392
Neueres über Steinkohlenteer, von Leo Leistikow..... 397
Grundzüge einer allgemeinen Ätiologie der Hautkrankheiten, von Ludwig Merk 433
Dermatotherapeutische Erfahrungen mit „Unguentum Caseini cum Liantral", von Cornelius Beck..... 453
Beitrag zur Histologie des Eccema cruris und der varikösen ekzematiformen Dermitis, von Menahem Hodara..... 485

Seite

Gegen Impetigo vulgaris sowie das nässende und borkige Ekzem, von Menahem Hodara 499
Ein Fall von Verunstaltung der Haare bakteriellen Ursprungs, von E. Sonnenberg 537
Ein Fall von konträrer Sexualempfindung beim Manne, von M. Goldfarb 546
Wie fixiert man stark wirkende Medikamente am Ellbogen und Knie? von P. G. Unna 549
Aufgaben und Ziele einer Geschichte der Hautkrankheiten im Altertum, von Iwan Bloch 605
Die Anwendung nahtloser Gummihandschuhe in der dermatologisches Praxis, von F. E. Hopf 620
Hydrargyrum colloidale als Antisyphiliticum, von Werther 624
Reizerscheinungen beim Gebrauche von Airolpulver, von Spiegel 628

Versammlungen.

VI. Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Straſsburg 23
Berliner dermatologische Gesellschaft 28. 136. 172. 629
Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest 32. 177. 554. 633
Mitteilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-konferenz zu Berlin im Oktober 1897 ..... 69. 131
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie 139. 343
Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr. 176
Aus den Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, 69. Versammlung zu Braunschweig 399
Aus den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXVII. Kongreſs 401
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau 500. 553. 632
Verhandlungen der anatomischen Gesellschaft (Kiel 1898) 501
Berliner medizinische Gesellschaft 501. 550
Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur 502
Deutsche medizinische Gesellschaft von Chicago 556

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis 75. 181. 246. 317. 346. 458. 556
Dermatologische Zeitschrift 143. 402. 502
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 34. 145. 256. 355. 504
Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates 146. 256. 405. 560. 634
Dermatologisches Centralblatt 146. 257. 561
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 35. 148. 189. 635
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 406
Annales des maladies des organes génito-urinaires 149. 190. 505
The British Journal of Dermatology 147. 405. 637
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 36. 257
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma 86. 355
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 460
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases 151

Seite

Besprechungen.

Atlas der Mikroskopie am Krankenbette, von Alexander Peyer 153
Die Trichophytie (Ringworm) im Lichte der neuesten Forschung, von Malcolm Morris 153
Das Ekzem, eine parasitäre Krankheit, von Leredde 154
Das Tuberkulin TR. Seine Wirkung und seine Stellung in der Therapie der inneren und äufseren Tuberkulose, von W. Bussenius und H. Cossmann 156
Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten, von Wilhelm Behrens 192
Untersuchungen über den Leprabacillus und über die Histologie der Lepra, von Victor Babes 192
Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von Martin Chotzen. Heft 7 und 8 258
Die Heilkraft des Lichtes. Entwurf zu einer wissenschaftlichen Begründung des Lichtheilverfahrens (Phototherapie), von Willibald Gebhard 258
Die Gerüche des menschlichen Körpers in gesunden und kranken Tagen, von E. Monin. Übersetzung von A. Dreyer 259
Praktikum der wissenschaftlichen Photographie, von C. Kaiserling 356
Blennorrhoe und Ehe, von Jullien 357
Handatlas der Hautkrankheiten, von M. Kaposi. 1. Abteilung, 2. Hälfte 413
Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von Martin Chotzen 414. 562
Vorträge über die Nierenkrankheiten, von Gustav Freitag 414
Handbuch der Cystoskopie, von Leopold Casper 415
Über Spermatocystitis blennorrhoica, von Walter Collan 416
Heilserum, Immunität und Disposition, von J. Froehlich 465
Die Muskeln und Fascien des Beckenausganges, von M. Holl 465
Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, von Georg Liebe, Paul Jacobsohn, George Meyer 466
Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Hugo Kafka 466
Mitteilungen aus der Abteilung für Syphilis- und Hautkranke des Bosnisch-Herzegowinaschen Landesspitals in Serajewo, von Leopold Glück 466
Der Schweifsfriesel, von H. Immermann 467
Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, von E. v. Leyden 562
Studien über die hereditäre Syphilis, von Carl Hochsinger 563
Die Syphilis der oberen Luftwege, von Anton Lieven 565
Operieren oder Nichtoperieren bei Krebserkrankungen, von Severin Robinski. 565

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Modell der Urethralschleimhaut eines sechsmonatlichen Foetus, von Kuznitzky 27
Hyaline Körperchen und Blastomyceten, von Pelagatti 37
Über die Entwickelung der menschlichen Epidermis und ihrer Anhänge, von Macleod 148. 405
Physiologische Untersuchungen über die Perspiratio insensibilis der Haut, von L. Reiss 189
Wie lange und unter welchen Umständen bleibt die Lebensfähigkeit der menschlichen Epidermiszellen aufserhalb des Organismus erhalten? von Wentschner 399
Einige Versuche und Beobachtungen am Haare, von S. Mayer 417
Die Fettfunktion der Knäueldrüsen und die Durchsetzung der Haut mit Fett, von P. G. Unna 417
Über das Resorptionsvermögen der normalen Haut, von Gustav Brock 459

Seite

Mikroskopische Technik.

Untersuchungen über die Färbung des Gonococcus, von Weinrich 150
Demonstration eines neuen Demonstrationsmikroskops und eines Markierapparates für mikroskopische Präparate, von Meissner 400
Über vitale Farbstoffimprägnationen (Methylenblau, Neutralrot), von Solger ... 401
Über eine Methode zur Färbung elastischer Fasern, von Weigert 418
Bemerkungen zur Marchischen Färbung und Markscheidenfärbung von Weigert, von M. Aschkanazy 418
Was sind die Ernstschen Keratingranula? von Kromayer 419
Färbung der elastischen Fasern nach Weigert, von Tschlenow 633

Bakteriologie.

Über die van Niessenschen Syphilisbacillen, von Campana 86
Über Spirillen bei Balanoposthitis circinata, von Czillag 180
Über Mikroorganismen, welche sich morphologisch und tinktoriell wie der Tuberkelbacillus verhalten, von Alfred Moeller 419
Über Reinkulturen von Smegmabacillen, von H. Laser 419
Zur Kenntnis der Smegmabacillen, von E. Czaplewski 419
Eine einfache Sporenfärbungsmethode, von Aujeszky 419
Zur Entwickelung des Coccidium oviforme als Zellschmarotzer, von Podwyssozki 419
Sporozoen in Geschwülsten, von J. Sawtschenko 420
Bakteriologische Studien über den Gonococcus, von S. Grosz 458

Hygiene.

Über die Gefahren der rituellen Beschneidung, von Poth 400
Wie kann sich der Impfarzt vor wirklichen und angeblichen Impfschädigungen schützen? von Schlossmann 400
Die Statistik der venerischen Krankheiten in geschlossenen Kreisen und ihre Prophylaxe, von Friedrich und Török 421

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über menschliche und tierische Sprofspilzmykosen (Blastomyceten), von Buschke 24
Hyaline Körperchen und Blastomyceten, von Pelagatti 37
Die Hydrotherapie bei den Erkrankungen der Haut, von Bonn 78
Der Akuleatenstich, von J. Langer 187
Das Eiereiweifs als Heilmittel, von S. Lewith 188
Quecksilber und Schleimhaut, von Carl Schumacher 254
Die Pathogenese des Todes bei Verbrennungen und die Injektionen von künstlichem Blutserum, von Azzarello 257
Über das ursächliche Verhältnis der Darmfäulnis zu einigen Dermatosen, von Anton Veveroch 423
Die Ausscheidung der Bakterientoxine durch die Haut, von David Walsh 424
Über die Durchgängigkeit der menschlichen Epidermis für feste und flüssige Stoffe, von Wilh. Filehne 424
Über die Unnaschen Plasmazellen in den normalen und tuberkulösen Granulationen, von Karl Justi 425
Über Eierstocktuberkulose, von J. Schottländer 426
Blastomyceten und hyaline Degeneration, von Marion Pelagatti 427
Über Amyloiddegeneration des Fettgewebes, von R. Krumm 427
Über das Vorhandensein der Russelschen Körperchen bei einigen Dermatosen, von Mantegazza 427
Histologische Untersuchungen über die Einheilung von Pfropfungen nach Thiersch und Krause, von Enderlen 428
Über Transplantion von weifser Haut auf einen Defekt in schwarzer Haut und umgekehrt am Ohr das Meerschweinchens, von Leo Loeb 428
Über blutkörperchenagglutinierende Eiweifse, von Elfstrand 429
Über die Veränderungen der faradocutanen Sensibilität und ihre Beziehungen zu der übrigen Sensibilität der Haut, von F. de Grazia 429
Ratschläge eines allgemeinen Praktikers für die symptomatische Behandlung von Hautkrankheiten, von Cutler 429

Seite

Über die Desinfektion und die desinfizierende Wirkung der menschlichen Haut, von Binaghi ... 430
Therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen, von Gocht ... 430
Die Wundheilung in den amerikanischen Prairien, von A. S. Ashmead ... 431

Pharmakologie.

Einige neuere reduzierende Heilmittel, von Kromayer ... 25
Aus Mercks Bericht über das Jahr 1897 ... 39
Zur Anfertigung von Suppositorien und Stäbchen ... 41
Das Aristol in der Chirurgie, von Grasset ... 41
Über den Gebrauch des Europhens in der Dermatologie, von van der Sperk .. 41
Kerosin, von Eden Paul ... 42
Das Lycetol bei Erkrankungen der Harnorgane, von Hamonic ... 42
Über die Wirkung des Lycetols, von de Tollenaere ... 42
Über Protargol, ein neues Antiblennorrhoicum und Antisepticum, von Benario 42
Tod durch Vergiftung mit Pyrogallussäure, von Reilly ... 42
Die Behandlung der Pyrogallussäurevergiftung, von J. B. Smith ... 43
Zur Kenntnis der Salophenwirkung, von R. Bloch ... 43
Zur Charakteristik der Somatose, von Maaben ... 43
Über den therapeutischen Wert des Tannoform, von Eberson ... 43
Über Thiosinamin, von Sinclair Tousey ... 44
Über Vasogene, von B. Schürmayer ... 44
Zur Xeroformtherapie venerischer Erkrankungen, von H. Metall ... 45
Über neuere Antiblennorrhoica (insbes. Argonin und Protargol), von Max Bender 77
Mitteilung über die hemmende Wirkung von Acetanilid auf Bakterienwachstum, von J. J. Walsh ... 259
Über Cearin, eine neue Salbengrundlage, von Issleib ... 259
Praktische Erfahrungen über Ekajodoform, von Bandelier ... 260
Jodoformogen, ein geruchloses Jodoformpräparat, von E. Kromayer ... 260
Jodoformogen, geruchloses Jodoformeiweifs, von K. Gaab ... 260
Über den Einfluſs von Formalingelatine auf eiternde Wunden; eine klinische Studie, von E. M. Foote ... 260
Über den Desinfektionswert des Kresamins (Äthylendiaminkresol) und seine therapeutische Verwendung bei Hautkrankheiten, von Eckstein ... 261
Über Naftalan, von Rosenbaum ... 261
Kurze therapeutische Mitteilung; ein Beitrag zur Oophorinbehandlung, von Edmund Saalfeld ... 261
Über Anwendungsweise und Wirkung des Oleum Salosantali (Salosantal) bei der inneren Medikation der Krankheiten der Harnorgane, von Werler ... 261
Über Protargol, von Kaufmann und Bloch ... 261
Lösliches metallisches Silber als Heilmittel, von B. Credé ... 262
Zur Frage der Quecksilbervergiftung, von Bendersky ... 262
Quecksilber-Ausschlag, von D. W. Montgomery ... 262
Terralin, eine neue Salbengrundlage, von P. J. Eichhoff ... 263
Das Tuberkulin in der Dermatologie, von A. Ravogli ... 263
Über Jodvasogen, von Friedländer ... 263
Über Vasogene als Vehikel für lokale Hautbehandlung, von Ullmann ... 264
Die externe und interne Anwendung des Xeroforms in der Dermatologie, von Ehrmann ... 265
Zur Xeroformtherapie venerischer Erkrankungen, von H. Metall ... 265
Die Anwendung der Arznei-Gelatine bei der Behandlung der pruriginösen Dermatosen, von G. Thibierge ... 320
Über den Einfluſs von Jod auf den Gehirndruck, von M. v. Zeissl ... 325
Über den Gebrauch des Monochlorphenols beim Lupus und Herpes tonsurans, von Barbe ... 346
Über Jodvasogene, von Schürmayer ... 401
Pharmazeutische Bemerkungen, von H. Skinner ... 637
Difluordiphenyl, Fluorphenetol, Fluorxylol ... 639
Über den therapeutischen Wert der Vasogenpräparate, von Fasano ... 639
Zur Charakteristik der Eisensomatose, von Goldmann ... 640
Über die therapeutische Verwendung der Milchsomatose, von zum Busch ... 640
Nosophen und Antinosin in der Behandlung von Harnröhren- und venerischen Erkrankungen mit Bericht über Fälle, von Dundore ... 640

Seite
Xeroform bei Hautkrankheiten der Kinder, von Berend ... 640
Über die gelbe Quecksilberoxydsalbe, von Schanz ... 640
Graue Quecksilbersalbe aus colloidalem Quecksilber bereitet ... 640
Über das Verhalten von Jodfetten im Organismus und deren therapeutische Verwendung, von Winternitz ... 640
Die Sozojodolsalze und ihre Anwendung auf medizinischem und chirurgischem Gebiete, von Fasano ... 641
Das Trinitrophenol in der Dermotherapie, von Moncorvo jun. ... 641
Erfahrungen mit der Itroltherapie bei venerischen Krankheiten, von Sprecher 641

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Ein Fall von Erythema perstans pseudoleprosum, von E. Arning ... 75
Ein Beitrag zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica nodularis (Purpura papulosa haemorrhagica Hebrae), von J. Fabry ... 82
Polymorphes Erythem bei einem Patienten mit tuberkulösen Follikulitiden, von Danlos ... 140
Purpuraartiges Quecksilbererythem (Hydragyrie), von Fournier ... 141
Zweite Bemerkung über einen Fall von ödematöser Kongestion nach unaufhörlich recidivierenden Urticariaeruptionen, von Hallopeau ... 142
Über eine Urticaria pigmentosa mit Bildung sehr kleiner Narben, von Hallopeau 142
Urticaria mit rekurrierender Haematemesis, von T. H. Chittenden ... 147
Eine eigentümliche Angioneurose einer Gesichtsseite, von Aschkanazy ... 177
Purpura annularis teleangiectodes (Teleangiectasia follicularis annulata), von D. Majocchi ... 188
Über einen Fall von Urticaria pigmentosa, der früher als mutmafsliche Lepra veröffentlicht worden war, von Hallopeau ... 344
Histologische Mitteilungen über einen Fall von Purpura haemorrhagica, von Fabry 401
Lokalisiertes Schwitzen und Erröten beim Essen, von P. Weber ... 468
Ein scharlachähnlicher Ausschlag, von Stevenson ... 468
Ein Fall von Angioneurosis des Gesichts, von W. H. Haynes ... 468
Puerperal-Erythem, von John Joseph Stack ... 468
Zwei seltenere Formen von Arzneiexanthem, von Bruck ... 469
Ein Fall von Joderythem nach Darreichung von Jodothyrin, von Ehrmann ... 469
Über Hautausschläge bei medikamenteller Anwendung von Borsäure und Borax, von C. Rasch ... 469
Über die familiäre Form des akuten circumscripten Ödems, von Hermann Schlesinger ... 470
Alkoholisches Ödem, von Drummond ... 470
Wanderndes Ödem, von E. D. Williams ... 470
Wanderndes Ödem, von W. C. Brown ... 471
Ein Fall von wanderndem Ödem, von W. H. Stephen ... 471
Ein Fall von wanderndem Ödem, wahrscheinlich septischen Ursprunges, von Masterman ... 471
Ödem im Säuglings- und Kindesalter, von J. P. Crozer Griffith ... 472
Vergiftung durch „Primula obconica", von J. H. Neale ... 472
Ein Fall von Urticaria factitia oder sogenanntem Dermographismus, von L. E. Stevenson ... 472
Urticaria nach Einläufen, von Ch. A. Hill ... 473
Urticaria im Anschlufs an Eingiefsungen, von J. E. Moorhouse ... 473
Ein Fall von Urticaria des Pharynx mit Glottisödem, von Taylor ... 473
Urticaria chronica, von G. Th. Jackson ... 473
Urticaria chronica infantum, von Gordon Norrie ... 474
Über Behandlung von Frostbeulen, von C. Binz ... 506
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von A. Mouillot ... 506
Ein Fall von akuter septischer Gangrän, von J. C. Taylor ... 507
Ein Fall von symmetrischer Gangrän in Verbindung mit peripherer Neuritis, von N. G. Munro ... 507
Ein für Menschen und Tiere pathogener Coccus: Staphylococcus haemorrhagicus, von E. Klein ... 507

Seite

Ein zweiter Fall Barlowscher Krankheit, von Georg Liebe 508
Über Barlowsche Krankheit, von Zuppinger 508
Zur Frage der Möller (Barlow)schen Krankheit, von Baron 508
Fall von schwerer renaler Hämophilie bei einem 5jährigen Kind, von W. F. Robinson 509
Über einen einer Benzinintoxikation zugeschriebenen Fall von Purpura, von Lenoir und Claude 509
Ein tödlicher Fall von Purpura bei einem Säugling, von Th. Brinch 509
Unkomplizierte Purpura bei Kindern, von Syers 509
Ein Fall von Purpura rheumatica, von Johnson 509
Ein Fall von Peliosis rheumatica, von Aldrich 510
Ein Fall von Purpura haemorrhagica nach Maltafieber, von Mac Leod 510
Tödlicher Fall von Purpura haemorrhagica und Pemphigus bei einem Rhachitis-Kinde, von Steele 510
Über Purpura haemorrhagica, von L. Weber 510
Ein Fall von Purpura fulminans, von Clara T. Dercum 510

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Über die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus und Betrachtungen über die Massenerkrankungen in Reichenstein in Schlesien, von L. Geyer. 83
Allgemeine Dermitis. Intoxikation nach Anwendung einer Tinktur und Applikation eines Salolverbandes, von Eudlitz 141
Die Pathogenese des Todes bei Verbrennungen und die Injektionen von künstlichem Blutserum, von Azzarello 257
Bemerkungen zur Krotonentzündung, von Kulisch 400
Arzneiexantheme. Ihr Wesen und ihre Varietäten, von S. H. Stowers 405
Über den Blasenausschlag nach Antipyrin und über sonstige Störungen nach Einnahme von Arzneien, von Henri Fournier 406
Disseminierte Gangrän der Haut nach längerer Anwendung von Jodkalium, von Ch. Audry 407
Bemerkungen zu Jadassohns Vortrag über Arzneiexantheme, von A. Neisser .. 474
Über einen Fall von Hautgangrän nach Auflegen eines Eisbeutels, von Bert ... 475
Über sogenannte merkurielle Exantheme, von A. Neisser 475
Zur Kasuistik der Karbolsäuregangrän, von Kamm 476
Untersuchungen über Karbol- und Säureeinwirkungen auf lebende Gewebe mit besonderer Rücksicht der Karbolgangrän, von Lévai 476
Zwei Fälle von Dermatitis venenata durch das Tragen von Pelzwerk bedingt, von R. J. Carter 477
Beobachtungen über Dermatitis venenata, von J. C. White 477
Zwei Fälle von Ikterus nach Lactophenin, von L. Hahn 477
Zwei Fälle von Dermatitis durch die Pflanze „Angelica", von Walsh 478
Die Pikrinsäure als erster Verband bei Verbrennungen, von A. Miles 478
Wirkung der Kochsalzinjektionen bei ausgedehnten Verbrennungen, von Tommasoli 478
Zur Kenntnis der Hautveränderungen nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen, von P. G. Unna 478
Über die unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen entstehende Hautveränderung, von G. Behrend 479
Eine Dermatitis durch Röntgenstrahlen, von Below 479
Ein Fall von Dermatitis durch Röntgenstrahlen nebst mikroskopischem Befund der erkrankten Haut, von A. B. Kibbe 479
Tiefe Gewebsverletzung durch Röntgenstrahlen, von D. Walsh 480
Die X-Strahlen und ihre physiologische Wirkung, von W. Crookes 480
Dermatitis nach Einwirkung von Röntgenstrahlen, von J. Y. Dale 480
Ein Fall von Dermatitis durch X-Strahlen, von Gilchrist 480

II. Neurotische.

Neurodermitis papulosa, von Schwimmer 32
Zur Pathologie und Topographie des Herpes zoster, von Blaschko 77

Seite
Herpes zoster, von Blaschko ... 173
Sammelforschung betreffs der letzten Herpes zoster-Epidemie in Berlin, von Blaschko ... 175
Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose oder Syringomyelie, von Pospelow ... 250
Die kontinuierlichen Akrodermatitiden, von Hallopeau ... 480
Die hysterischen Neurosen der Haut, von van Harlingen ... 481
Hautgangrän bei einer Hysterischen, von Balzer und Mielsaux ... 481
Multiple neurotische Hautgangrän, von Dehio ... 481
Veränderungen der Zellen der Hirnrindensubstanz in einem Falle von Dermatitis herpetiformis Duhring bei einer Patientin mit schwerer Arteriosklerose, von Radaeli ... 481
Über Prurigo, von Dohi ... 481
Erythromelalgie und Raynaudsche Krankheit, von Elsner ... 482
Klinische Untersuchungen des Nervensystems in einem Falle von Erythromelalgie, von A. Schenk ... 482
Über Zoster; bei Gelegenheit eines Falles mit generalisierter Eruption, von Alex Haslund ... 483
Herpes der Schleimhäute und der Haut, von de Havilland ... 483
Über die Häufigkeit des Vorkommens von Gürtelrose, von Cantrell ... 483
Ein Fall von Neuritis des Quintus mit Herpes und Ekzem, von Mc Connell ... 484
Herpes zoster mit gleichzeitiger Facialislähmung, von Grassmann ... 484
Herpes zoster des Gesichts mit Paralyse, von H. H. Murphy ... 484
Herpes zoster, Gangrän und Tod, von F. Deas ... 511
Halbseitiger Herpes zoster bei einem neugeborenen Kinde mit nachfolgender Eklampsie, von Franz Gaehde ... 511
Ein ungewöhnlicher Fall von Herpes zoster, von Mackay ... 511
Herpes zoster nach Darreichung von Arsenik in einem Falle von Epilepsie, von Pierce Clark ... 511

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Über Scharlach, von C. Seitz ... 511
Einige Bemerkungen, betreffend eine Scarlatinaepidemie, von Korteweg ... 512
Über die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers, von J. T. Neech ... 512
Hyperpyrexie bei Scharlach, von W. E. Hadden ... 512
Scharlachfieber und Erd-Temperaturen, von Crocker ... 512
Ein Fall von Scharlachfieber, in welchem der Tod infolge von Thrombose der Vena Galeni eintrat, von Goodell ... 512
Zwei Fälle von Relaps bei Scharlachfieber, von Cosgrave ... 513
Über Leukocytose bei Scarlatina, von Steindler ... 513
Die Leukocytose bei Scharlachfieber, von Silvestre ... 513
Ein Fall von trockener Gangrän beider Unterextremitäten als Komplikation eines gewöhnlichen Scharlachfiebers: doppelte Amputation, Heilung, von Pearson und Littlewood ... 513
Über Myositis scarlatinosa, von Brück ... 513
Scharlach und Typhus, von J. B. Gabe ... 514
Scharlachalbuminurie, von Dittmar ... 514
Ein Fall von Scharlachnephritis, kompliziert mit Hydronephrose, von Pospischill 514
Über die Nutzlosigkeit der Isolierung bei Scharlach, von A. Wiglesworth ... 514
Die Behandlung unsicherer Fälle, die als Scharlachfieber ins Krankenhaus gesendet werden, von Dittmar und Brownlee ... 515
Ein Fall von Scharlachfieber, der mit Antistreptokokken-Serum behandelt wurde, von Gordon ... 515
Karbolsäure bei Scharlachfieber, von A. Wiglesworth ... 515
Beiträge zur Statistik der Masernepidemien, von Möller ... 516
Masernepidemie im New Yorker Findelhaus, von Northrup ... 517
Über eine Masernepidemie in Porto Empedocle von Dezember 1892 bis März 1893, von P. Moscato ... 517

Seite

Beobachtungen über Masern, von Wellberg ... 517
Die Mortalität bei Masern, von Kenwood ... 517
Über Masernrückfälle, von Eonnet ... 518
Sekundäre Infektion intestinalen Ursprungs nach Masern; Hepatitis, Perihepatitis, putride Pleuritis, von Roger und Comte ... 518
Über Masernpneumonie, von Köster ... 518
Masern mit Kehlkopfdiphtherie kompliziert, von Shurly ... 518
Pemphigus in der Rekonvalescenzperiode eines Masernexanthems, von Du Castel 518
Über Röteln und deren Behandlung, von Hermann Blaschko ... 519
Über Röteln, von Fuhrmann ... 519
Über eine Rubeolenepidemie, von W. J. Arnold ... 519
Gesetz über die obligatorische Impfung, von Hervieux ... 519
Über die durch das Impfen bedingte Immunität in Bezug auf die Serumbehandlung bei Variola, von R. S. Thomson und E. L. Marsh ... 520
Über die Notwendigkeit der Feststellung eines einheitlichen Typus der Vaccinekrankheit, von Bagienski ... 520
Über die Dialektik der antivaccinatorischen Schule, von Körösi ... 521
Ein Beitrag zur Lösung des Impfproblems, von Bond ... 522
Die Vaccinationsfrage, ein Beitrag zu ihrer Lösung, von Francis Bond ... 522
Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1896, von L. Stumpf ... 522
Bericht der Impfkommission 1896, von Alfr. E. Boyel ... 523
Zufälle, welche die Vaccination begleiten, von Braidwood ... 523
Ein seltener Fall von Vaccineübertragung, von J. H. Lamb ... 523
Vaccineeruption an der Vulva, von Nölke ... 524
Bemerkungen über Revaccination, von Carter ... 524
Vaccination und Revaccination, von F. W. Lowndres ... 524
Zur Züchtung von Tierlymphe, von L. Stumpf ... 524
Ein neues Impfschild, von A. Siebert ... 524
Die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten und die Variola, von St. Yves Ménard ... 525
Bericht über die Pockenepidemie in Warrington 1892—93, von T. D. Savill ... 525
Bericht über die Pockenepidemie in Gloucester 1895—96, von Coupland ... 525
Die Variolaepidemie in Marseille, von Hervieux ... 525
Einige Pockenstatistiken, von Coupland ... 525
Diagnose und Prognose der Pocken, von O'Carroll ... 526
Temperaturkurven von Pocken, von Drury ... 526
Bemerkung über einen Fall von Pocken, von L. Mackenzie ... 526
Ein Fall von Pocken, von Moore ... 526
Amöboide Körper in dem Blute von vaccinierten Affen und Rindern und in dem Blute Variolakranker, von W. Reed ... 526
Über Dr. Finsens Behandlung von Variola mittelst Ausschliefsung der chemischen Strahlen des Lichts, von Sophus Abel ... 526
Die Behandlung der Pocken, palliativ und prophylaktisch, von Moir ... 527

b. Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

In wieweit ist man berechtigt, den Leprabacillus als die Ursache der Krankheit anzusehen? von A. Neisser ... 69
Abstammung und Variation des Bacillus, von Albert S. Ashmead ... 70
Einige Bemerkungen über die Lepraübertragbarkeit und Leprabestreitung, von W. M. Geill ... 70
Die Lepra der oberen Atmungs- und Verdauungswege, von Leopold Glück ... 70
Die Nichtkontagiosität der anästhetischen Lepra, von S. V. Impey ... 70
Thesen über die Pathogenese der Lepra, von Georg Sticker ... 70
Der Leprabacillus im menschlichen Körper zu verschiedenen Perioden seines Wachstums, von C. Lawrence Herman ... 71
Die Stellung der Lepra unter den Infektionskrankheiten und die pathologisch-anatomische Erfahrung, von Rudolf Virchow ... 71
Ätiologische Bedeutung der Heredität und der Übertragbarkeit, von Ernest Besnier ... 71

Seite

Pathologische Anatomie der erythemato-pigmentären Lepraflecken, von J. Darier 71
Über die Histologie der Lepra (mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems), von V. Babes ... 71
Zwei Fälle von Lepra tuberosa, von Kaposi ... 71
Übertragung der Lepra von Mensch zu Mensch, von G. Armauer Hansen ... 71
Giebt es bei der Lepra Verschleppung durch Effekten (indirekte Kontagion)? von A. v. Bergmann ... 72
Lepra und Immigration, von Eduard Arning ... 72
Vorschläge zur Verhütung und Unterdrückung der Lepra, von Julius Goldschmidt ... 72
Lokalisation der Lepra an Nase, Rachen, Kehlkopf, von Jeanselme und Laurens 72
Serum, das nach Carasquillascher Methode gewonnen worden war, von Louis Barillon ... 72
Thesen für die Prophylaxe der Lepra, von Broes van Dort ... 72
Über viscerale Lepra, von M. Joseph ... 72
Bemerkungen zur Kontagiosität der Lepra, von Dehio ... 72
Betreffs der Isolation, von Hellat ... 72
Über fakultative und obligatorische Isolation der Leprösen, von G. Armauer Hansen ... 73
Untersuchungen über die Häufigkeit der Augenleiden in den beiden Formen der Lepra, von Berthen ... 73
Zur Geschichte des Aussatzes, von E. Lesser ... 73
Die Beziehungen zwischen der Morvanschen Krankheit, der Syringomyelie, der Sklerodaktylie, der Raynaudschen Krankheit, der Morphoea der Zeitgenossen, dem Ainhum, der progressiven Muskelatrophie und der Lepra, von Zambaco-Pascha ... 73
Über die Lepra der größeren Hautvenen, von Leopold Glück ... 74
Über Vereine zur Bekämpfung der Lepra, von M. Kirchner ... 74
Die anästhetischen Formen der Lepra, von Carl Looft ... 74
Für Leprakolonien und Lepragesellschaften, von P. Hellat ... 74
Die Verbreitung der Lepra in Schweden, von E. Sederholm ... 74
Die Verteilung und Ausbreitung der Lepra in Holland und in seinen Kolonien, von Broes van Dort ... 74
Lepra in der Türkei, von E. v. Düring ... 74
Die Schwierigkeiten in der Diagnose nervöser Lepraformen, insbesondere in Beziehung auf die Syringomyelie, von v. Düring ... 80
Über die Initialerscheinungen der Lepra, von Petersen ... 132
Ätiologische Bedeutung der 1. Vererbung, 2. der Übertragbarkeit der Lepra, von E. Besnier ... 132
Die Lepra anaesthetica; die Veränderungen der Medulla; ihr klinisches Bild; ihre Beziehungen zur Syringomyelie und zur Morvanschen Krankheit, von Kalindero ... 132
Die Sensibilitätserscheinungen bei der Lepra, von Jeanselme ... 132
Pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchungen über die erythemato-pigmentären Flecken bei der Lepra, von Darier ... 133
Lepra in Leber und Milz, von Musehold ... 133
Bemerkungen zur Frage der Leprazellen mit Demonstration mikroskopischer Präparate, von Schäffer ... 133
Demonstration zur Frage der visceralen Lepra, von Schäffer ... 133
Zur Histologie der Lepra, insbesondere über Leprazellen, Globi und Riesenzellen, von Dohi ... 133
Die Abwesenheit des Hansenschen Bacillus in einem Fall tuberkulöser Lepra und die Beziehungen der Nervenlepra zur Syringomyelie, von Petrini ... 134
Beitrag zum Bacillennachweis bei den pemphigoiden Lepraaffektionen, von Aristidi ... 134
Die Prophylaxe der Lepra in Ländern, in welchen sie nicht endemisch ist, von Thibierge ... 134
Gesetze der Republik Hawai zur Verhütung der Ausbreitung der Lepra, von Glade ... 134
Über das Serum von an tuberöser Lepra Leidenden und die Toxicität des Urins, von Petrini ... 134
Einige Beobachtungen mit einem neuen Serum bei der Leprabehandlung, von Lawrence Herman und Ph. Abraham ... 134

Seite

Die Behandlung der Lepra mit Serotherapie, von Laverde 134
Die Behandlung der Lepra mit intramuskulären Sublimatinjektionen, von Crocker 134
Vorläufige Mitteilung über den Gebrauch des Antivenenum bei der Behandlung der Lepra, von J. Dyer 134
Heilbarkeit und Behandlung der Lepra, von D. Fornara 134
Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie, von M. Laehr 135
Offizieller Bericht an die Regierung der Kapkolonie über die Serumbehandlung der Lepra, von Atherstone und Sinclair-Black 135
Über die Kontagiosität der Lepra, von Zunaga 135
Die Nachkommenschaft der Leprösen, von Zambaco 135
Syringomyelie und Lepra, von Oppenheim 135
Thesen betreffend die Lepraprophylaxe, von Broes van Dort 135
Die Leprösen in Paris, von Hallopeau 135
Lepra in Island, von Cahnheim, Ehlers und Grossmann 135
Zur Ätiologie der Lepra, von Broes van Dort 145
Präcolumbische Lepra, von Ashmead 152
Über viscerale Lepra, von M. Joseph 183
Untersuchungen über den Leprabacillus und über die Histologie der Lepra, von Babes 192
Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose oder Syringomyelie, von Pospelow 250
Über die Verbreitung der Leprabacillen von den oberen Luftwegen aus, von Schäffer 252
Ein Fall von Lepra in der Provinz Posen, von A. Staub 318
Leprachronik der Klinik, von Campana 356
Über die Ursachen und die Bedeutung der Eruptionen im Lepraprozesse, von Leopold Glück 402
Zur Frage über die Serumtherapie der Lepra, von A. Grünfeld 403
Die Lepra, von Georges Bogdan 408
Melancholie der Leprösen, von A. S. Ashmead 463
Fall von Lepra mutilans in Kopenhagen, von E. Ehlers 503
Zur Lehre von der Lepra und ihrer Behandlung, von E. Baelz 527
Über die Kontagiosität der Lepra, von Zambaco 528
Zur Frage der Kontagiosität und Prophylaxe der Lepra, von M. Kaposi 528
Über den Einfluſs der verschiedenen Infektionen auf die Nervenzellen des Rückenmarks, von V. Babes 529
Lepragesetz für die Auswanderer nach Amerika, von A. S. Ashmead 529
Nichtisolierung der Leprösen in New York, von A. Ashmead 529
Lepra in Brasilien, von A. S. Ashmead 530
Die Lepra im britischen Reiche, von Ph. S. Abraham 530
Die Lepra in Ruſsland, von M. Kirchner und Kuebler 530
Auszug aus einem Rapport an den Landeshanptmann von Island, betreffend die Anzahl der Aussätzigen am Ausgange des Jahres 1896, von G. Björnsson 530
Werden Leprabacillen von einem Leprakranken ausgeschieden und auf welche Weise verlassen sie den Körper? von Weber 531
Über einen aus einem Leprafalle gezüchteten alkohol- und säurefesten Bacillus aus der Tuberkelbacillengruppe, von Czaplewski 531
Anästhetische Lepra ist kontagiös, von Ashmead 531
Die Lepra anaesthetica ist nicht kontagiös, von S. P. Impey 531
Ein Fall von Lepra, von Habel 531
Ein Fall von Lepra leontina, von V. Lush 532
Ein Fall von Lepra nervorum, von Eichhorst 532
Ein Fall von tuberöser Lepra, von Lieberthal 556
Über die Differentialdiagnose von Lepra- und Tuberkelbacillen, von F. R. Zeit . 556

β. *Tuberkulose.*

Ein Fall von Tuberculosis cutis framboesiformis, von Glück 27
Über die tuberkulöse Thrombophlebitis der Haut in einem Falle von skrophulösen Lymphomen des Halses, von L. Philippson 38
Scrophuloderma und seine Behandlung, von Martin 152

Seite

Über Miliartuberkulose der Haut und der angrenzenden Schleimhaut. Tuberculosis miliaris s. Tuberculosis propria cutis et mucosae, von M. Kaposi... 184
Beitrag zur Hauttuberkulose, von O. Rosenthal 252
Über die Behandlung tuberkulöser Prozesse mit Pyrogallol, von Veiel..... 322
Untersuchungen über die Wirkung des Tuberkulin R. auf lupöses Gewebe, von L. Waelsch 323
Rasch verlaufende tuberkulöse Lymphangitis, von Balzer und Leroy..... 343
Behandlung des tuberkulösen Lupus mit Kalomelinjektionen, von Du Castel... 345
Über die Resultate mit dem Kochschen Tuberkulin R. bei Lupus und Scrophuloderma, von C. Adrian 350
Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen und mit konzentriertem Licht, von Kümmell 401
Ein weiterer Fall von Hauttuberkulid, von Méneau 409
Lupus und Epitheliom, von Pospelow 500
Lupus tumidus hypertrophicus, von Glawsche 500
Die cutanen Tuberkulosen der Kindheit, von Johnston..... 532
Über senile Tuberkulose und über subcutane tuberkulöse Eiterung, von Marsh. 533
Lichen scrophulosorum, von Norman Walker..... 533
Über hämatogene Hauttuberkulose, von Naegeli..... 533
Ein Fall von Tuberkulose des Hüftgelenks, der Lungen, Hoden, Leistendrüsen u. s. w., von H. Maxon King..... 533
Primärer Lupus des Kehlkopfes, von Emil Mayer..... 534
Das Tuberkulin R. bei tuberkulösen Hautaffektionen, von Porges..... 534
Das Tuberkulin R. beim Lupus und einigen anderen tuberkulösen Läsionen, von R. Campana..... 534
Kochs neues Tuberkulin (T.R.) bei Lupus vulgaris, von Franz Krzysztalowicz 535
Sechs Fälle von Lupus vulgaris behandelt mit Kochs Neu-Tuberkulin, von Malcolm Morris und Arthur Whitfield..... 535
Lupus vulgaris behandelt mit Kochs Neu-Tuberkulin, von Allan Jamieson... 536
Beitrag zur therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen in der Behandlung des Lupus, von Albers-Schönberg 536
Behandlung des Lupus vulgaris mit konzentrierten chemischen Strahlen, von Niels R. Finsen 536
Ein Fall von ulceröser Hauttuberkulose der Wange, von Lieberthal..... 556
Lupus vulgaris, von Glawsche 632
Über Hauttuberkulose im Anschluſs an Masern, von Du Castel..... 636

γ. *Syphilis.*

Die Schwere tertiärer Syphilisfälle, von Havas..... 33
Über die neuesten Heilmethoden der Syphilis, von Scarenzio..... 36
Über den diagnostischen Wert der intramuskulären Kalomelinjektionen, von Scarenzio..... 38
Die Littlesche Krankheit (Congenital spastic rigidity of limbs) und die hereditäre Syphilis, von De Amicis..... 75
Über die venerischen Affektionen der Analgegend bei Prostituierten, von Bandler..... 76
Über den Sitz der latenten Syphilis, von Caspary 80. 176
Einiges über die Rolle der Melanoblasten bei der Syphilis, von Ehrmann 81
Hereditäre Syphilis mit Läsionen im Gehirn, von Rocca..... 86
Über die van Niessenschen Syphilisbacillen, von Campana 86
Excision eines harten Schankers, von Fournier..... 141
Syphilis maligna praecox, von Emery 142
Sekundär-syphilitische Leukoplasien, von Barbe 142
Kryptogene Syphilis (Syphilis d'emblée), von J. Müller 144
Thermomineralbehandlung in der Syphilistherapie, von Ravogli 151
Ein Fall von Syphilis gummosa der Zunge, von Perémy..... 179
Beitrag zur Kenntnis der wiederkehrenden makulösen Syphilide, von Harttung 181
Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis, von Klotz..... 185
Progressive Paralyse bei einem Erwachsenen als einziges Symptom einer hereditären Syphilis, von Etienne..... 190
Über Kalomeleinreibungen bei Syphilis, von Rille 251

Seite

Quecksilber und Schleimhaut, von Schumacher ... 254
Die Syphilis der Zungentonsille, von Seiffert ... 255
Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von M. Chotzen. Heft 7 u. 8 ... 258
Tabes mit Meningitis syphilitica nebst Bemerkungen über die Genese der sogenannten „neugebildeten" Elastica bei Endarteriitis obliterans, von F. Pick 249
Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis, von G. Zuelzer ... 325
Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis und was haben wir von ihr zu erhoffen? von A. Neisser ... 326
Hereditäre oder frühzeitig erworbene Syphilis, von Hallopeau und Leredde. 344
Tuberkulöse Syphilide und Impfnarben, von Fournier ... 345
Ulcerationen an den Fingern (Syphilide oder Tuberkulide) bei einem alten Syphilitiker, von Fournier ... 346
Zur Kenntnis der Persistenz der histologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis, von J. V. Hjelmman ... 348
Aus der Praxis des Kampfes gegen die Syphilis, von Christian Stroehmberg 358
Zur Ätiologie der Syphilis maligna, von Neumann ... 358
Mitteilungen über Fälle von Syphilis, von James Johnston ... 359
Syphilis als Heilmittel, von J. Ross MacMahon ... 359
Ein Fall scheinbarer Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation, von J. A. Coutts ... 359
Spyrocolon und Syphilis in Griechenland, von Achilles Rox ... 360
Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der Syphilis des Kindes? von Hyde 360
Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der Syphilis? von Taylor ... 361
Ein Fall von atypischer Syphilis (Syphilis gravis), geheilt durch die spezifische Methode von Aachen und gleichzeitige chirurgische Behandlung, von B. Brandis und T. Thissen ... 362
Einimpfung von Schanker durch den Höllensteinstift, von Burwinkel ... 362
Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Augenlider, von R. Gayzow ... 363
Extragenitale Primäraffekte, von Bieck ... 363
Initialsklerose der Lippe infolge wahrscheinlicher Infektion durch einen Schminkstift, von Montgomery ... 363
Über zosterförmige Syphilide, von Spillmann und Etienne ... 363
Zur Kenntnis des pustulösen Syphilids (Syphilis maligna), von M. Möller ... 364
Gumma des Isthmus der Glandula thyreoidea, von Bruce Clarke ... 364
Gummata der Milz, von G. F. Still ... 364
Gumma der Prostata, von S. Grosglick ... 364
Ein Fall von gummöser Erkrankung der Muskeln und der Brustdrüse, von A. Genersich ... 365
Ungewöhnliche gummöse Erkrankungen der Niere, von A. A. Bowlby ... 365
Tertiäres Geschwür, Sarkom der Tonsillen vortäuschend, von Bryson Delavan 365
Schwere rheumatische Erscheinungen nach Injektionen von antidiphtherischem Heilserum in einem Falle von parasyphilitischer Ozaena, von Garnault ... 366
Die syphilitischen Gelenkerkrankungen, von Pielicke ... 366
Beitrag zur Kenntnis der Glossitis luetica, von Ludwig Oulmann ... 367
Über Syphilis der Nase, von M. Thorner ... 368
Die Thermomineralkur in der Syphilistherapie, von A. Ravogli ... 368
Syphilis der Nase, des Rachens und Kehlkopfes, von Vaughan ... 369
Ein Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Mediastinum und der Lungen, von M. Dinkler ... 369
Neurosen infolge von Syphilis, von Dornblüth ... 370
Fall von Epilepsia Jacksonii syphilitischer Natur, von Mesnard ... 371
Über Rückenmarkssyphilis, von William G. Spiller ... 371
Über zwei klinisch und anatomisch untersuchte Fälle von „syphilitischer Spinalparalyse (Erb)", von Nonne ... 372
Weitere Mitteilungen über einen Fall von chronischem Hydrocephalus bei hereditärer Syphilis, von Julius Heller ... 373
Wann hat man mit der Merkurialbehandlung der Syphilis zu beginnen? von J. Neumann ... 373
Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen von Quecksilber-Benzoat, von Gaucher ... 373
Die Technik der intravenösen Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis, von J. B. Byles ... 374

Seite

Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen, von J. B. Byles ... 374
Ein Fall von hochgradig pigmentiertem, syphilitischen Exanthem, von Sternthal 400
Das Collessche Gesetz und die Frage des Choc en retour, von Finger ... 400
Korreferate über dasselbe Thema, von Rosinski und Hochsinger ... 400
Über Kalomeleinreibungen bei Syphilis, von Rille ... 401
Über Struma syphilitica von Rüttner ... 401
Über Alopecia syphilitica, von O. Lassar ... 402
Ein ungeheures Gumma am Oberschenkel, von Thévenin ... 408
Drei Fälle von tertiärem Zungen-Lippen-Syphilom, von Thévenin ... 409
Ist die tertiäre Syphilis direkt oder nur auf dem Wege der Vererbung übertragbar? von Buret ... 411
Lange Dauer der antitoxischen Kraft der Lymphdrüsen bei einem Syphilitiker, von P. Haan ... 411
Zur Ätiologie der Syphilis, von van Niessen ... 551
Reinfectio syphilitica, von Speranski ... 553
Gumma oder Carcinom des weichen Gaumens? von Alpár ... 554
Gumma oder Epithelioma palati? von Justus ... 555
Über tingible Kugeln in syphilitischen Produkten, von F. Winkler ... 556
Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers, von E. Welander 559
Zur Kenntnis der grofsen menigealen und Gehirngummata, sowie der Rückenmarkssyphilis, von E. A. Homén ... 559
Vier Fälle von extragenitalem Schanker, von Bloom ... 566
Schanker des Ösophagus, durch Tabak übertragen, von Bailey ... 566
Über Sklerosenreste und ihre Beziehungen zu Syphilisrecidiven, von S. Ehrmann 566
Excision des syphilitischen Primäraffektes, von Munn ... 566
Über die Art und Wirkung des Syphilisgiftes und die Excision des Primäraffektes, von R. d'Aulnay ... 566
Über die Eingangsstellen des venerischen Kontagiums in der Haut, von J. K. Proksch ... 567
Ein neuer Beitrag zur Syphilisätiologie, von van Niessen ... 568
Syphilis bei verheirateten Frauen, von J. A. Shaw-Mackenzie ... 568
Syphilis und Schwangerschaft, von Murray ... 569
Über das Collessche Gesetz und den Choc en retour bei der hereditären Syphilis, von Carl Hochsinger ... 569
Die Ausnahme vom Collesschen Gesetz, von G. Ogilvie ... 571
Ist Colles der Urheber des nach ihm benannten Gesetzes oder nicht? von George Ogilvie ... 572
Darf der Arzt einen Fall von Syphilis bei Gefahr der Verbreitung dieser Krankheit der Behörde anzeigen, ohne sich nach § 300 des Reichsstrafgesetzbuches strafbar zu machen? von Siegmund Auerbach ... 572
Bemerkenswerte Krankengeschichte eines Syphilitischen, von Williams ... 572
Syphilis und Wundheilung, von Örbäk ... 582
Die Behandlung der Schmerzen im Verlaufe der syphilitischen Erkrankungen, von Güntz ... 573
Die verkannten Formen der Syphilis, von A. Fournier ... 573
Über ein neues zuverlässiges Verfahren zur Isolierung des Syphiliskontagiums ... 573
Syphilitische Kasuistik, von Johnston. Syphilis vegetans. Paronychie und Onychie. Syphilitische Parese ... 574
Manifestationen von Syphilis in den oberen Luftwegen mit Bezug auf eine Sklerose des Septum naris, von Kenefick ... 574
Syphilitische Larynxerkrankung, von Knight ... 575
Syphilis des Magens, von Dieulafoy ... 575
Eine neue Modifikation der operativen Behandlung syphilitischer Mastdarmstrikturen, von N. A. Sokoloff ... 575
Zwei Fälle von syphilitischer Lebererkrankung, von Cole ... 575
Perichondritis syphilitica, von Lieven ... 575
Über die Häufigkeit der Syphilis des Humerus, von J. K. Proksch ... 576
Über den Zeitpunkt, wann syphilitische Erkrankungen des Nervensystems einsetzen, und die drei Stadien der Syphilis, von G. Ogilvie ... 576
Ein Fall von frühzeitiger cerebraler Syphilis, von Montgomery ... 577
Gumma der Glandula pituitaria, von W. Hunter ... 577
Einige Augenkrankheiten als Resultat der Syphilis, von Ramsay ... 577

Seite

Die syphilitischen Retinitiden, von Rollet ... 577
Lagophthalmus im Schlafe bei vollständigem Lidschlusse im wachen Zustande als Teilbefund multipler Hirnnervenlähmung infolge luetischer Basalmeningitis, von Victor Hanke ... 578
Ulceröses Syphilid, von Joseph ... 629
Ein Fall von Conjunctivitis syphilitica acuta, von Róna ... 633
Drei Fälle von syphilitischer Infektion infolge Tättowierens, von Thomas ... 639
Die chirurgische Behandlung gewisser Fälle von tertiärer Syphilis, von W. W. Cheyne ... 642
Tertiäre Syphilis der Vagina, von Viannay ... 642
Über die ätiologischen Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode, von A. Neisser ... 642
Lues hereditaria und Keratomalacie, von Peltesohn ... 646
Ein Fall von hereditär-syphilitischer Sattelnase, von Oettinger ... 646
Bemerkungen zu dem Vortrage Methners: Über den Zusammenhang von tuberkulösen Gelenkerkrankungen mit Lues hereditaria, von Neisser ... 646
Über frühzeitige Kehlkopfsyphilis bei Kindern (mit hereditärer Syphilis), von Y. Arslan ... 647
Zwei Fälle von kongenitaler syphilitischer Lebercirrhose bei Kindern, von Clarke ... 648
Die Behandlung der Syphilis congenita in Findelhäusern, von M. Szalardi ... 648
Zur Geschichte der Quecksilbertherapie, von J. Rabitsch ... 648
Zur Therapie der Syphilis, von M. v. Zeissl ... 648
Eine rasche Behandlungsart des Ulcus molle und der syphilitischen Ulcerationen, von A. H. Ohmann-Dumesnil ... 649
Syphilistherapie von heute, von Guiteras ... 649
Die Einreibungskur, von A. Neisser ... 650
Wann soll man mit der Quecksilberbehandlung der Syphilis beginnen? (Wie lange soll dieselbe fortgesetzt werden? Soll man die Syphilis zu Beginn der Sekundärerscheinungen oder ohne Rücksicht auf dieselben in präventiver Weise behandeln?), von E. Schwimmer ... 650
Quecksilber oder Naturheilverfahren bei der Behandlung der Syphilis, von M. Goldfarb ... 651
Die Syphilisbehandlung mit Kalomelinjektionen am Charité-Spital zu Marseille, von Michel und Roche ... 652
Über den Wert des Haemolum hydrargyrojodatum als antisyphilitisches Mittel, von Arth. Jordan ... 652
Über die Behandlung der Syphilis an den Schwefelthermen, von Alexander Pártos ... 652

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Über Ätiologie und Pathologie der Akne, von Touton ... 23
Therapie der Akne, von Veiel ... 23
Acne rosacea, von Stravino ... 24
Über Dermatitis exfoliativa universalis, von Caspary ... 25
Demonstration eines Falles von strichförmiger Hauterkrankung der rechten oberen Extremität (Ekzem?), von Sternthal ... 25
Nägel und Nagelerkrankungen, von Heller ... 27
Zwei Fälle von Pellagra, von Glück ... 27
Steinölakne, von Rille ... 28
Neurodermitis papulosa-Fälle, von Schwimmer ... 32
Onychomykosis trichophytica, von R. Censi ... 37
Erythema perstans pseudoleprosum, von E. Arning ... 75
Epidermolysis bullosa congenita, von A. Grünfeld ... 84
Leukonychie, von Joseph ... 137
Polymorphes Erythem bei einem Patienten mit tuberkulösen Follikulitiden, von Danlos ... 140
Über Ichthyosis hystrix, von Schourp ... 146
Eczéma craquelé, von Engman ... 152
Ichthyosis, von Molony ... 152

Seite
Ein Fall von familiärer Ansteckung mit Herpes tonsurans, von Lion 172
Ekzem der Finger, von Heller 172
Zur Pathologie der Nagelerkrankungen, von Heller 173
Seborrhoea circinata, von S. Róna 177
Ein ausgebreiteter Fall von Acne necrotica, von Perémy 179
Zur Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen, von Jarisch 182
Dermatoses albuminuricae, von L. Merk 189
Über die Behandlung des Favus der behaarten Kopfhaut, von O. v. Petersen . 247
Ein Fall von ungewöhnlichem Favus, von Petrini de Galatz 248
Ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem, von F. Pinkus 249
Über einige bisher noch nicht beschriebene Formen von Herpes tonsurans, von E. Stern 318
Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter), von R. Winternitz 324
Über einen Fall von Psoriasis mit persistierenden Achromien. Lokalisation im Verlaufe von Nervensträngen, von Hallopeau und Gasne 343
Dritte Bemerkung über einen Fall von Seborrhoiden, von Hallopeau 343
Dermatitis herpetiformis circumscripta mit Epidermiscysten, von Brocq 344
Kongenitale bullöse Dermatitis mit Hautcysten, von J. T. Bowen 460
Acne artificialis, von Rille 400
Ein Fall von Pemphigus vulgaris, von Sternthal 400
Ein Fall von Exfoliatio epidermidis neonatorum, von Alpár 554
Ein Fall von Acne varioliformis, von Popper 554
Ein Fall von Seborrhoea circinata, von Róna 555
Ein Fall von Psoriasis vulgaris mit follikulären Läsionen, von Varga 556
Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge, von Vollmer 557
Dermatitis artificialis durch Primula obconica, Oleum Lauri und Eugallol, von Hopf 561
Hautausschläge, auf der Basis infizierter Wunden entstehend, von G. St. Taylor 578
Ein Fall von recidivierendem Ekzem, von G. A. Legge 578
Weitere Untersuchungen über den Pilz des seborrhoischen Ekzems, von Merril 579
Das Eccema keratoides manuum, von Leistikow 579
Eccema palmare und plantare, von W. Allen Jamieson 579
Ichthyosis hystrix, von Georg Knauer 580
Die Wirkung des Thyreoidextrakts auf Hautkrankheiten illustriert an Fällen von Ichthyosis, von Wm. W. Don 580
Über Pityriasis rubra, von L. Brocq 581
Die Lokalisation der sogenannten Porokeratose auf der Mundschleimhaut, von Ducrey und Respighi 581
Bemerkungen über Trichophytia capitis, von W. T. Freeman 582
Die Behandlung der Tinea tonsurans und der Tinea circinata mit gewöhnlichem Kochsalz, von Ch. E. Murphy 582
Atypische Psoriasis (Psoriasis ostreacea), von Eduard Deutsch 582
Atypische Psoriasis bei einem Syphilitiker, von Dubois-Havenith 583
Abnorme Fälle von Psoriasis, von Waelsch. 1. Psoriasis rupioides. 2. Psoriasis verrucosa 583
Psoriasis und Balneotherapie, von Vollmer 583
Über die Behandlung der chronischen Akne, von Leslie Phillipps 584
Zur Diskussion über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus, von A. Neisser 584
Beitrag zur Lehre vom Pemphigus, von Westberg 585
Über primären Pemphigus der Schleimhäute (Conjunctiva und Respirationstractus), von H. Demmen 586
Über Pemphigus vulgaris, von Charles Szadek 586
Pemphigus neonatorum mit Staphylokokkeninfiltration, von Holt 587
Pemphigus, von Bridges 587
Pemphigus contagiosus, von G. Sichel 587
Pemphigus chronicus vulgaris auf der Schleimhaut des Mundes und der Epiglottis, von H. Miller 588
Akne-Keloid, von Lesser 629
Pityriasis rubra pilaris, von Rosenthal 629
Ein Fall von hochgradiger Ichthyosis serpentina, von Alpár 633

Seite

Über die Hyperkeratosis figurata centrifuga atrophicans, fälschlich Porokeratosis genannt, von Ducrey und Respighi 635
Über die Dermatitis bullosa hereditaria et traumatica, von Hallopeau 636

b. der Cutis.

Karbunkelbehandlung, von Madelung 28
Lichen ruber planus et verrucosus, von Wolff 28
Lichen scrophulosorum, von Wolff 28
Granuloma trichophyticum Majocchi, von Pini 37
Ulcus molle beim Tiere, von H. Sapuppo 38
Beobachtungen und Betrachtungen über Lichen ruber, von A. Breda 79
„Pyodermite végétante", ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und zum Pemphigus vegetans, von H. Hallopeau 85
Akneartige und nekrotische Tuberkulide, von Balzer und Leroy 140
Exfoliative Glossitis beim Kinde, von Baudouin 142
Ein Fall von Mykosis fungoides, von A. Whitfield 147
Über Behandlung der Bubonen, von Storp 176
Ein Fall von Lichen ruber planus mit Lichen acuminatus-Knötchen, von S. Róna 177
Ein durch Massage gebesserter Fall von Elephantiasis Arabum, von Schein 178
Eine den Lichen ruber planus vortäuschende Hautaffektion, von S. Róna 178
Zur Behandlung des Ulcus molle mit Hitzebestrahlung (Audry), von R. Krösing 186
Ein Fall von Elephantiasis, von S. Lewith 188
Impetigo herpetiformis und Pyodermitis vegetans, von Tommasoli 257
Über Condylomatosis pemphigoides maligna (Pemphigus vegetans-Neumann), von P. Tommasoli 321
Zweite Mitteilung über „Pyodermite végétante", von H. Hallopeau 458
Infolge Durchbruchs eines Furunkels entstehende periaurikuläre Abscesse, von Leutert 400
Vaccineeruption am Genitale (Vaccinola), von Rille 400
Das Mycetoma pedis, von Delbanco 401
Über Vaccinatio generalisata, von J. Wetterer 404
Impetigo herpetiformis der Eichel, von Audry 410
Zur Kenntnis des Angiokeratoma (Mibelli), von J. Wiśniewski 458
Ein Fall von Lichen ruber planus, von Basch 555
Ein Fall von Lichen ruber planus extern behandelt, von Róna 555
Über Pustulosis acuta varioliformis, von F. Juliusberg 558
Zur Ätiologie des Erysipels und Kenntnis der cellulären Reaktionserscheinungen nach Infektionen, von Bruno Schürmayer 588
Die Specifität des Erysipelstreptococcus, von Sippel 568
Die Streptothrixform des Rotlaufbacillus, von Th. Kitt 588
Beitrag zur pathologischen Histologie der Haut bei Erysipelas, von Raffaelo Janni 588
Bemerkenswerter Erfolg von Ichthyolglycerin bei einem anscheinend verlorenen Fall von Lymphangio-Phlebitis, von W. J. Robinson 589
Über die Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen, von Buschke 589
Die Serumtherapie der Bubonenpest, von A. Yersin 590
Nabeldiphtherie, von Pitts 591
Ein Beitrag zur Kenntnis der Histologie der endemischen Beulen, von Johanna Kuhn 591
Ein Fall von Pseudo-Lupus vulgaris infolge eines Sprofspilzes, von Caspar Gilchrist und William R. Stokes 591
Ein Fall von Pustula maligna, von W. C. Ellis 591
Ein Fall von Pustula maligna, behandelt mit Incision und Applikation von Karbolsäure, von Mark Jackson 592
Zwei Fälle von Milzbrand, von Betham Robinson 592
Über die Botryomykose, von Poncet 592
Primäre Aktinomykose der Haut, von Cart 592
Aktinomykosis, geheilt mit Jodkalium, von Duchamp 592
Bemerkungen zur Histologie und Ätiologie des Rhinoskleroms, von Secchi 592
Therapie der Acne simplex (vulgaris) und Acne rosacea, von Jessner 593
Folliculitis, von Pinkus 632

Seite
Lichen planus der Mundschleimhaut 632
Beitrag zur Behandlung der Bubonen, von Somogyi 633

Progressive Ernährungsstörungen.

Über menschliche und tierische Sprofspilzmykosen (Blastomykosis), von Buschke 24
Ein Fall von Molluscum fibrosum universale, von Schwimmer 33
Zum Studium des Lymphangioma circumscriptum der Haut und der Schleimhäute 35
Über die idiopathische Hautsarkomatose, von Gravagna 37
Über das Keloid, von U. Mantegazza 37
Akanthosis nigricans, von Joseph 137
Lymphangioma tuberosum multiplex, von Lesser 138
Keloid mit progressivem Verlaufe, von Balzer und Leroy 139
Recidivierendes gutartiges Epitheliom und Carcinoma malignum serpiginosum terebrans, von Gastou 141
Gesichtsepitheliom mit Bildung von Hauthörnern, von Thibierge 141
Gutartiges Schleimpapillom der Unterlippe (circumscripte ödematöse Lymphangiektasie), von Gastou und Haury 141
Ein Hauttumor unbekannter Natur, von L. Perrin 148
Ein Fall von sogenannter Melanodermia arsenicalis der Haut und der Schleimhäute, von Ch. Audry 190
Über den Ursprung der weichen Naevi, von A. Scheuber 253
Primäre hämorrhagische Hautsarkomatose mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie, von Stravino 257
ber Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans), von Th. Spietschka 317
Heilung von Cancroiden durch lokale Applikation von Arsenik, von Danlos ... 344
Beitrag zur Lehre von den multiplen follikulären Hautcysten, von L. Bosellini 349
Über Sarcomatosis cutis, von L. Merk 353
Die trophischen Erscheinungen beim sogenannten primären Pigmentsarkom der Haut, von U. Zerbini 355
Die Zelleinschlüsse der Taubenpocke und des Molluscum contagiosum, von Benda 399
Eine eigentümliche Form von Melanodermie, von Thévenin 407
Neurofibromatosis generalisata acquisita, von Briquet und Chérigié 409
Ein Fall von Lio-Myom der Haut, von Audry 410
Verrucae planae juveniles faciei et manuum, von P. Meurisse 412
Naevus flammeus giganteus, von Heller 552
Naevus verrucosus ichthyosiformis, von Shiwult 553
Naevus verrucosus, von Shiwult 553
Ein Leiomyom der Wangenhaut von Erbsengröfse, von M. Herzog 556
Die Wichtigkeit frühzeitiger Behandlung der bösartigen Epitheliome der Haut, von Robinson 593
Über eine neue durch Protozoen verursachte und auf Tiere übertragbare Geschwulstbildung: Infektiöse generalisierte Psorospermosis, von A. Posadas 593
Umwandlung der Mollusca und Naevi in Sarkome und Epitheliome, von Girard 594
Ein Beitrag zur Übertragbarkeit der Warzen, von Lanz 594
Zur Kasuistik der traumatischen Lymphcysten, von Armin Langer 595
Ein Fall von spontanem Verschwinden eines kongenitalen cystischen Lymphangioms, von D'Arcy Power 595
Die Behandlung von Haut- und Schleimhautneubildungen mit Galvanokaustik und Elektrolyse, von Alex Skene 595
Die Behandlung des Keloids mit Thiosinamin, von Newton 596
Ein Fall von symmetrischen, subcutanen, fibrösen Knoten bei einem Erwachsenen, kombiniert mit mitraler Endocarditis, von Eden Paul 596
Zur Ätiologie des Morbus Addisonii, von F. Schwyzer 596
Morbus Addisonii bei einem Kinde, von Bury 597
Beitrag zum Studium des Morbus Addisonii, von Caporali 597
Epitheliom, von Kracht 632

Regressive Ernährungsstörungen.

Atrophia cutis, von Rille 28
Ein Fall von Xeroderma simplex, von Glück 27

Seite

Über die tuberkulöse Thrombophlebitis der Haut in einem Falle von skrophulösen Lymphomen des Halses, von L. Philippson 38
Über eine neue Form von Alopecia areata beim Kinde (Ophiasis Celsi), von Sabouraud 139
Chronische Hautgeschwüre und ihre Behandlung, von Martin 152
Ein Fall von Sclerodermia universalis, von Alpár 179
Über eine seltene Form von Atrophie der Haut, von J. Neumann 246
Beitrag zur Kasuistik der Sklerodermie, von A. Sternthal 319
Fall von akuter Vitiligo mit peripherer Neuritis bei einem durch Petroldämpfe vergifteten Individuum, von Emery 346
Unter dem klinischen Bilde einer erworbenen idiopathischen Hautatrophie verlaufende Hyperkeratosis cutis, von V. Lion 354
Leukoplakia vulvae, von Carruccio 355
Zwei Fälle von Sklerodermie, von Sternthal 400
Ein Fall von Lupus erythematodes discoides et disseminatus, von Sternthal ... 400
Ein Fall von Ulerythema ophryogenes, von Sternthal 400
Zur Übertragbarkeit der Alopecia areata, von B. Plonski 404
Disseminierte Gangrän der Haut nach längerer Anwendung von Jodkalium, von Ch. Audry 407
Die Sklerodermie, von J. Méneau 408
Über Alopecia congenitalis, von Ch. Audry 411
Ulcus rodens, von Orlow 553
Ein Fall von Lupus erythematodes, von Róna 555
Ein weiterer Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse, von Bender .. 561
Die weifsen Flecke auf den Nägeln, von W. Sykes 597
Die operative Behandlung der Hämorrhoiden, von Syms 598
Perforierendes Fufsgeschwür, von Halley 598
Ein Fall von Ainhum, von Herrick 598
Über symmetrische Gangrän, von P. Zerbes 598
Zur Kenntnis der Gangraena cutis, von Erhard Riecke 598
Puerperale Gangrän, von Tate 599
Ein Fall von Myxödem, das durch Herzfehler kompliziert war, von R. B. Neos 599
Scleroderma neonatorum, von Pavone und De Bonis 599
Keine kahlen Köpfe mehr — das Mikrobion der Alopecie, von Paul 599
Welches ist der gegenwärtige Stand der Wissenschaft bezüglich der Natur und der Kontagiosität der Alopecia areata? von Horand 600
Über die Natur und Kontagiosität der Alopecia areata, von Aubert 600

Idioneurosen.

Ein Fall von Pruritus, von Veiel 25
Pathologie und Behandlung des Pruritus, von de Wannemacker 600

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein Fall von aspiriertem Hautemphysem, von Jaroslaw v. Thaal 600
Diphtherie mit ausgebreitetem subcutanen Emphysem, von Sharman und d'Esterre 600
Bemerkungen über cutane Myiasis, veranlafst durch Östrislarven, von Abraham 601
Einige Fälle von Myiasis, die in Rumänien zur Beobachtung kamen, und ihre Behandlung durch die Landbevölkerung, von Leon. — Bemerkungen zu obiger Veröffentlichung, von Blanchard 601
Über physiologische und pathologische Siderose, von Sigmund Lipski 601
Über das Entfernen von Tätowierungen, von C. T. Hansen 602

Mifsbildungen.

Ein diffuser, sich ausbreitender oberflächlicher Naevus, von White 602
Ulcerierender Naevus der Lippe bei einem Kinde, der zu einer Hasenscharte führte, von Brandt 602
Ein seltener Fall von Naevus pigmentosus, von Sprecher 602

Seite

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Modell der Urethralschleimhaut eines sechsmonatlichen Foetus, von Kuznitzky 27
Doppelläufige Spülkanüle, Desinfektionsapparat für Katheter, von G. Müller ... 27
Fall von Ureteritis membranacea, von Popper ... 33
Bakteriologische Untersuchungen bei chronischer Urethritis und Prostatitis, von J. Cohn ... 34
Über ein Pessar-Urinar, von Hottinger ... 35
Kritische Betrachtungen über Thorkild Rovsing, Die infektiösen Krankheiten der Harnorgane, von Melchior ... 35
Erwiderung dazu, von Rovsing ... 35
Lymphadenitiden durch Infektion von der Harnröhre aus, von Blasi ... 86
Über medikamentöse Behandlung der Krankheiten der oberen Harnwege, von Martin Mendelsohn ... 86
Affektionen des Genitalapparats als Symptome von Nierenkonkrementen, von R. Abrahams ... 87
Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus, von F. Alexander ... 87
Zur Kasuistik der Tuberkulose der Genitalorgane im Kindesalter, von Urbanowitsch ... 87
Eine neue Operationsmethode der Hypospadie der Eichel, von Carl Beck ... 87
Neue Behandlung der Hypospadie, von H. Josserand ... 88
Perforierender Schanker des Präputiums, von Coignet und Cade ... 88
Fremdkörper am Penis, von Jüngst ... 88
Fremdkörper des Penis, von Chaillous ... 88
Carcinoma penis, von J. Hutchinson jun. und E. Frazer ... 88
Über die Injektionen in die Harnröhre, von Vajda ... 89
Über Injektionen in die Harnröhre, von Hugo Feleki ... 89
Über Injektionen in die Harnröhre. Erwiderung auf die Bemerkungen von Dr. H. Feleki, von Vajda ... 89
Über einige Hindernisse beim Katheterismus der Harnröhre des Mannes, von Arthur Kollmann ... 89
Ein Fall von Katheterfieber, Tod in 20 Stunden, Autopsie, von Withehead Reid 90
Harnröhrendehnungen an der Leiche, von A. Kollmann ... 90
Neuere Photogramme des Innern der männlichen Harnröhre, aufgenommen am lebenden Menschen, von A. Kollmann ... 91
Bemerkungen über paradigmatische Untersuchung der normalen und strikturierten Harnröhre nebst Einzelheiten in der Behandlung der „dehnbaren" Striktur, nach den von Prof. Guyon geübten Methoden, von A. A. Warden ... 91
Über die Lokalisation der organischen Strikturen der Harnröhre, von L. Midredew 91
Elastische Striktur der Urethra und deren Behandlung, von C. W. Mac Gillivay 92
Die Strikturen der Harnröhre und ihre Behandlung, von H. Wossidlo ... 92
Resultate der elektrolytischen Behandlung der Harnröhrenstrikturen im Vergleiche mit anderen Methoden, von Robert Newman ... 92
Eine sechszöllige Damenhutnadel in der Harnröhre eines Mannes, von P. D. Bunce 93
Über das primäre Carcinom der Urethra, von Hottinger ... 93
Fall von 11 Tage anhaltender Anurie bei einem Steinkranken, von Réczey ... 93
Über einen Fall von alkoholischer Anurie, von Dumont ... 94
Über Dysurie und ihre Therapie, von Martin Mendelsohn ... 94
Zur Ätiologie der Incontinentia urinae, von Georg Berg ... 95
Über die Incontinentia urinae in der Kindheit, von Rochet und Jourdanet ... 95
Zur Physiologie der Harnblase, von Hermann Schlesinger ... 97
Bemerkungen über die Lymphgefäße der Harnblase, von D. Gerota ... 97
Über die Bahnen der motorischen Innervation der Blase und des Rectum, von G. Kapsammer und J. Pal ... 97
Über den Blasenverschluß und über die Trichterbildung in der hinteren Harnröhre, von M. v. Zeissl ... 97
Kasuistisches zur Cystoskopie, von Barlow ... 98
Beitrag zur Chirurgie der Blase, von F. M. Caird ... 98
Ein Fall von Blasenruptur, von Percival ... 99
Spontane Ruptur der Blase beim Weibe, von E. O. Croft ... 99
Perforation der Blase durch eine Revolverkugel, von Robbe ... 99

Seite

Partielle Resektion der krebsigen Blase, von Weliaminoff 99
Über die Behandlung der Cystitis mit ammoniakalischer Harngärung durch Urotropin (Hexamethylentetramin), von Arthur Nicolaier 100
Neue Behandlung der tuberkulösen Cystitis durch Einführung von sterilisierter Luft in die Blase, von Ramond 100
Über Ausspülungen der Harnblase; ihre Anwendung in der Praxis, ihren Mifsbrauch und ihre Kontraindikationen, von J. Assmuth 101
Ein Fall von Blasenhernie, von H. Thompson 101
Ein Fall von Distoma haematobium Billharzii der Blasenwand, von A. Meinecke 101
Fremdkörper in der Blase, von E. V. Phipps 102
Fremdkörper in der Blase, von Loumeau 102
Über Blasensteine, von R. Parker 102
Das Ballotement der Harnblase als Untersuchungsmethode bei Blasensteinen, von Glagolew 102
Über einen eingefafsten Stein, von Nicolich 103
Das Phonendoskop als Hülfsmittel zur Entdeckung von Steinen in der Blase, von G. Goodman 103
Beitrag zur Steinbehandlung, von Robert Kutner 103
Blasenstein infolge eines Flintenschusses vom Jahre 1870, von Hue 104
Über einen interessanten Blasenstein, von Otto Mankiewicz 104
Blasensteine, von Guelliot 104
Dauerdrainage der Blase, von Mankiewicz 136
Über den Einfluſs des Quecksilbers auf die Nieren, von Karvonen 143
Praktische Erfahrungen auf dem Gebiete der Blasensteinoperationen, von Marc. 145
Über eine neue Kanüle zur Ausspülung der Urethra anterior, von De Mendoza 146
Über die rechtzeitige Differentialdiagnose durch das Cystoskop bei Blasen- und Nierenerkrankungen, von Carmelo Bruni 146
Diagnostik der renalen Hämaturie, von Genouville 149
Cystoskopie und Katheterisation der Ureteren; Cystoskope zu Operationen, von Boisseau du Rocher 150
Ärztliche Ratschläge für Patienten mit Urogenitalaffektionen, von Valentine... 151
Über Spirillen bei Balanoposthitis circinata, von Csillag 180
Über die cystenartige Erweiterung des Blasenendes des Harnleiters, von Englisch 256
Divertikelbildung in der Pars anterior urethrae des Mannes, von Keersmäcker 190
Der Übertritt von festen Körpern aus der Blase in die Nieren und in entferntere Körperorgane, von S. Lewin 194
Vier Fälle von Blasenstein, welche mittelst Litholapaxie unter Lokalanästhesie operiert wurden, von S. Alexander 195
Eine fortlaufende Reihe von 200 Litholapaxien, von R. Baker 195
Litholapaxie im Civilhospital zu Hyderabad (Indien), von R. Baker 195
Ein ungewöhnlicher Vorfall bei Ausführung der Lithotritie, von Sinclair White 196
Über den Blasenschnitt beim Kinde, von Gross 196
Autopsie vier Jahre nach Cystotomie, von Delore 196

b. Hoden und Samenbläschen.

Der mikrochemische Nachweis von Sperma, von Max Richter 196
Über das Kontraktionsvermögen der Spermatozoen, von William Moser 196
Ein Fall von bei der Geburt eingeschnürtem Testikel. Kastration und Heilung, von M. R. Taylor 197
Einige klinische Beobachtungen über Hodenerkrankungen, von L. B. Bangs 197
Die sexuelle Impotenz und ihre Behandlung, von Laruelle 198
Zur Kasuistik der freien Körperchen in der Tunica vaginalis des Hodens, von M. Kandaratzky 197
Operation der Hydrocele durch Umstülpung der Tunica vaginalis, von Delore.. 197
Wandständiges Hämatom des Hodensacks im Gefolge einer Hydrocelenpunktion, von Weis 198
Über die Behandlung der männlichen Impotenz und die Gassenschen Apparate, von L. Loewenfeld 198
Weitere Mitteilungen über Sperma, von Posner 399
Dermoide und Mischgeschwülste des Hodens (embryoide Tumoren), von M. Wilms 401

Seite

c. Prostata.

Über Krankenpflege bei Prostatikern, von Paul Friedr. Richter 199
Über die chirurgische Behandlung der vergrößerten Prostata, von Ch. W. Cathcart 199
I. Erfahrungen über die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. II. Demonstration eines verbesserten Bottinischen Incisors und eines Akkumulators mit Ampèremeter, von Albert Freudenberg 200
Zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von Albert Freudenberg 200
Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie, von K. G. Lennander 200
Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Helferich 201
Zur modernen Behandlung der Prostatahypertrophie, von H. Sacchi 201
Ein Fall von Resektion des ganzen Samenstranges bei Prostatahypertrophie, von C. Erdberg 202
Ein Fall von Resektion der Samen-Ausführungsgänge bei Prostatahypertrophie, von A. Sacharow 202
Kastration bei Prostatahypertrophie, von Loumeau 202
Ein Fall von suprapubikaler Prostatektomie, von M. Robson 202
Scirruskrebs der Prostata, von Heaton 202
Sarcoma der Prostata, von H. Marsh 203
Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mit der Bottinischen Operation, von O. Simon 355
Studien über die therapeutischen Resultate der gegen die Kongestionszustände gerichteten Methode in der Behandlung der Prostatahypertrophie, von Noguès 412
Prostatatorrhoea simplex und Urethrorrhoea ex libidine, von F. R. Sturgis 460

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Pathologie und Therapie der Harnabscesse, von J. Lipowski 203
Über Harntrübung. Ein Beitrag zur klinischen Harnuntersuchung, von C. Posner 203
Untersuchungen über den normalen Urin des Kindes, von Garron de la Carrière de Monfet 203
Die Harnuntersuchung zur Stellung der Diagnose, von R. Huebner 204
Über einen Fall von Tuberkulose des Urogenitaltrakts; Autopsie von H. M. King 204
Zur Cystoskopie bei blutigem Harn nebst einigen Betrachtungen über den Katheterismus der Ureteren, von S. von Fedoroff 204
Vorlesungen über Hämaturie, von F. R. Eccles 204
Über Hämoglobinurie nach Chiningebrauch, von Murri 205
Über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von L. van T'Hoff 205
Die Melanurie, ein Kunstprodukt der Chininsalze, von Below 205
Beiträge zur Klinik der Harnsäurediathese, von C. Lange 206
Die Harnsäure-Diathese, von A. Haig 206
Über die pharmakologische Behandlung der harnsauren Diathese, speziell der Harnsteine, von Gonzàlez Tànago 206
Ein neues Albuminimeter, nach E. Riegler 206
Eine neue Methode zum Nachweis der Albumosen im Harn, von Ivar Bang ... 206
Über die Ausscheidung pathologischer gerinnungshemmender und gerinnungsfördernder Eiweifsstoffe durch den Harn, von Victor Lenoblé 207
Über die Urattrübung bei der Hellerschen Eiweifsprobe, von Theodor Husche 207
Über einen eigenartigen Eiweifskörper im Harn und seine diagnostische Bedeutung, von Heinrich Rosin 207
Über Alkaptonurie, von Thomas B. Futcher 208
Ein Fall von Alkaptonurie, von Carl Hirsch 208
Über Bakteriurie, von Roberts 266
Über die Behandlung der Chylurie mit Ichthyol, von Moncorvo 266
Ein Fall von Indigourie, von M. Bogdanoff-Beresowsky 266
Über das endemische Vorkommen von Parasiteneiern und -Larven im Harn der Bewohner von Natal und Transvaal, von Georg Strube 267
Die Ursachen und die Diagnose der Pyurie, von Howard A. Kelly 267
Über die Urobilinurie, von Vannini 268
Excessive Urobilinurie im Anschlufs an die Verordnung von Trional, von Rolleston 268
Über die Uroprotsäure, einen neuen Bestandteil des Harns, von Max Cloetta . 268
Über ein neues Harnpigment: das Urosein, von Saillet 268

Seite

Kann der Zuckergehalt des normalen Harnes durch einseitige Ernährungsweise und andere noch in den Bereich des Physiologischen fallende Bedingungen zu höheren Graden gesteigert werden? von Ludolf Breul 268
Über die Verwendung des Brennerschen Cystoskops zur Sondierung der Harnleiter des Mannes, von O. Zuckerkandl 269
Über den diagnostischen Wert des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie, von E. Hollaender 269
Über den diagnostischen Wert des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie, von Leopold Casper 270
Überzähliger Ureter. Behandlung. Heilung, von Albarran 270
Über Hermaphroditismus, von Walter Menke 270
Über Diagnose und Zertrümmerung eingewachsener Blasensteine, von C. Rörig sen. 355
Über medikamentöse Behandlung der Krankheiten der oberen Harnwege, von M. Mendelsohn 399
Über die Gefahren der rituellen Beschneidung, von Poth 400
Demonstration urologischer Präparate, von Meifsner 400
Über die Urämieforschung, von A. Gottheiner 405
Mitteilungen über technische Verbesserungen in der urologischen Praxis, von H. Lohnstein 405
Hydatiden der Niere. Ausscheidung von Hydatiden mit dem Urin, von Roche. 413
Warmes Wasser in der Therapeutik der Harnwege, von Noguès 413
Vorträge über die Nierenkrankheiten, von G. Freitag 414
Handbuch der Cystoskopie, von Leopold Casper 415
Über den praktischen Gebrauch des Endoskops, von H. G. Klotz 462
Über die Indikationen und die Auswahl der operativen Eingriffe bei Tuberkulose der Niere, von Roswell Park 464
Vereinfachung der Technik des perinealen Schnittes. Beschreibung neuer Instrumente und Bericht über 116 Fälle, von O. Horwitz 464
Ein Fall von Cystitis infolge von Colon-Bacillus, kompliziert mit Phosphatsteinen, von G. K. Swinburne 465
Pyurie, von Litten 550
Über die Ätiologie, Pathogenese und Behandlung der septischen Infektionen der Harnwege, von Thorskild Rovsing 560
Über die wichtigsten, wechselseitigen Beziehungen zwischen den Erkrankungen des Harn-Sexualapparates und denen anderer Organsysteme, von A. Seelig 560. 634
Experimentelle Beiträge zur Wirkung des Argentum nitricum in der Harnröhre und Blase, von Casper 629
Bericht über 52 bakteriologisch interessante Fälle von infektiöser Erkrankung des Harntraktus, von Melchior 635
Die Wichtigkeit der Asepsis in der Behandlung von Erkrankungen der Harnorgane, von Walace 653
Über einen Fall von sogenanntem „Katheter"- oder „Urinfieber", von W. Frew. 653
Über einige Eiterungen des Harnapparates, von Harrison 653
Pseudohermaphroditismus femininus externus, von Franz Daffner 653
Hermaphrodit, von Bruck 653
Über die Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnose und Therapie der Krankheiten der Harnorgane, von Wossidlo 654
Über die Gefahren der rituellen Beschneidung, von R. Pott 654
Über die Vorteile der rituellen Beschneidung, von P. Muenz 654
Die Beschneidung im Lichte der heutigen medizinischen Wissenschaft mit Berücksichtigung ihrer geschichtlichen und unter Würdigung ihrer religiösen Bedeutung, von Ludwig Löwenstein 654
Kongenitale Phimose mit 39 Präputialsteinen, von Patterson 655
Adhärentes Präputium als Ursache von Konvulsionen bei Kindern, von Darey . 655
Carcinoma penis, von Alexis Thomson 656
Ein Fall von Priapismus, von Ward 656
Die Wichtigkeit der Asepsis bei Behandlung von Harnröhrenkrankheiten, von Stirling 656
Infektion durch die Harnröhrensonde, von Lydston 656

e. Labien, Vagina etc.

Ein seltener Fall von acquirierter Atresia vaginae, von D. Popow 270

Seite

Über den Prolaps der Urethra beim Weibe, von Scholtz 270
Ein Fall von primärer Tuberkulose der Vulva mit elephantiastischen Veränderungen der Clitoris, von Ernst R. v. Karajan 271
Behandlung der Bartholinitis mit Injektionen von Salicyl-Alkohol, von Cordier. 271
Leukoplakia vulvae, von Carruccio 355
Über Scheidendrüsen mit Demonstration, von O. v. Herff 400

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoe-Therapie und Protargol, von A. Neisser 25
Fortschritte der Blennorrhoebehandlung seit dem Prager Kongreſs 1889, von Sedlmayr 26
Zur Prophylaxe des Trippers, von R. W. Frank 26
Über Filamentuntersuchungen bei chronischer Blennorrhoe, von Neuberger ... 26
Über das Protargol als Antiblennorrhoicum, von Rosenthal 28
Über die blennorrhoische Infektion und die infektiösen Krankheiten, in Bezug auf ihre Häufigkeit im allgemeinen und ihre Frequenz in Palermo betrachtet, von La Mensa 36
Über die Thermotherapie der Blennorrhoe, von Callari 36
Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe mit Itrol, von Peroni und Piccardi 37
Einige klinische Bemerkungen über den Tripperprozeſs, von Valerio 45
Auſsergewöhnlich lange Inkubation eines Trippers, von F. Bruck 46
Chronischer Tripper und Ehe, von Jullien 46
Die Häufigkeit der Blennorrhoe bei verheirateten Frauen, von G. van Schaick 46
Über die Verbreitung des blennorrhoischen Prozesses von der Pars anterior auf die Pars posterior der Urethra und über eine neue Kanüle zu totalen Harnröhrenirrigationen, von Colombini 46
Entzündung des Beckengewebes im Anschluſs an Blennorrhoe, von H. Todd ... 47
Über Rectalstriktur durch Blennorrhoe, von Koenig 47
Blennorrhoe mit ausgedehnter Eiterung; Urin- und Kotextravasation, von C. Lucas 47
Über Gonokokkenpyämie, von Singer 48
Fall von Endocarditis und Pyoseptikämie infolge von blennorrhoischer Infektion, von Babes und Sion 48
Posticuslähmung bei Blennorrhoe, von Lazarus 48
Blennorrhoe, mit Polyneuritis kompliziert — Polyneuritis blennorrhoica, von Welander 49
Eine Spätform der blennorrhoischen Cystitis beim Weibe, von Kolischer 49
Ein Fall von blennorrhoischer Cystitis, von Lindholm 50
Querleiste der Harnröhre und Prostatitis acuta blennorrhoica, von B. Goldberg 50
Zur Frage der Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis, von Collan 50
Ein Fall von Blennorrhoe nebst doppelseitiger Epididymitis bei einem 12jährigen Knaben, von Cox 50
Die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica durch Guajakolapplikation, von B. Goldberg 50
Zur Ätiologie der Epididymitis bei Blennorrhoe, von S. Grosz 51
Die blennorrhoischen Entzündungen der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel, von D. Nasse 51
Die endovenösen Sublimatinjektionen bei der Behandlung der serösen und Gelenk-Lokalisationen des blennorrhoischen Giftes, von L. Levi 51
Einige Fälle von Augenblennorrhoe bei Erwachsenen, von Welander 52
Zur Therapie der Blennorrhoea neonatorum, von Pflüger 52
Über neuere Antiblennorrhoica (insbesondere Argonin und Protargol), von M. Bender 77
Beitrag zur Endoskopie der Strikturen der Harnröhre des Mannes, von Federer 82
Kasuistische Beiträge zur Bedeutung der blennorrhoischen Prostatitis, von Finger 83
Über innere Metastasen bei Blennorrhoe des Mannes, von A. Seelig 146. 256
Über Immunität und Superinfektion bei chronischer Blennorrhoe, von Jadassohn 181
Behandlung der blennorrhoischen Urethritis mit Protargol, von Noguès 191
Blennorrhoische Infektion im Verlaufe einer Febris intermittens quotidiana, von Legrain 191
Über Symptome der Urethritis totalis, von Róna 251
Über Salbenstäbchen bei chronischer Blennorrhoe, von L. Wolff 257

Seite

Zur Prophylaxe und Behandlung der Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum, von L. Fürst ... 271
Periurethrale Abscesse im Verlaufe des Trippers, von Bernardberg ... 272
Bakteriologischer Beitrag zum Studium der periurethralen blennorrhoischen Abscesse, von Stanziale ... 272
Über die Behandlung der Metritis, speziell der blennorrhoischen Endometritis des Uterushalses durch lokale Anwendung von Wintergreen-Öl, von Jouin ... 272
Zur Therapie der chronischen Cervikalblennorrhoe, von Fr. Lehmann ... 273
Zur Existenz und Therapie der chronischen Vaginalblennorrhoe, von Oscar Bodenstein ... 273
Allgemeine Gonokokkeninfektion, von Hallé ... 274
Zur Kasuistik der durch Gonokokken hervorgerufenen paraartikulären Phlegmonen, von Rudolf Meyer ... 274
Beitrag zur Frage der Gonokokken-Toxine, von Schäffer ... 274
Über Gonokokkenkultur und Gonokokkengift, von A. Wassermann ... 275
Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Protargol, von E. Welander ... 323
Über die Differenzierung der Gonokokken durch das Züchtungsverfahren und das Färbungsverfahren, von Steinschneider ... 374
Eidotteragar, ein Gonokokkennährboden, von Steinschneider ... 375
Eine neue Methode der Gonokokkenkultur, von Minich ... 375
Eine neue Ballontripperspritze, von F. J. Laaf ... 376
Ein Hülfsmittel bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von C. Malling 375
Über den heutigen Stand der Blennorrhoetherapie, von Ernst R. W. Frank .. 376
Zur Behandlung der Urethritis beim Weibe, von Gustav Kolischer ... 376
Über den Gebrauch der Chromsäure bei der blennorrhoischen Urethritis und Cystitis, von Robbe ... 377
Über die Anwendung des Itrols bei Blennorrhoe, von R. Hertz ... 377
Der Gebrauch von Methylenblau bei Blennorrhoe, von J. Moore ... 377
Über Methylenblau in der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Karl Kohmann ... 377
Protargol, ein neues Antiblennorrhoicum, von E. Wood Ruggles ... 377
Zur Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Protargol nebst einer Besprechung der Irrigationsbehandlung beim frischen Tripper, von R. Barlow ... 378
Ein Beitrag zur Blennorrhoebehandlung, von Hermann Goldenberg ... 378
Kurze Mitteilungen über die Behandlung der Blennorrhoe mit Protargol, von Wentscher ... 378
Die Behandlung der Blennorrhoe durch Spülungen mit übermangansaurem Kalium nach Janet, von Niebergall ... 378
Das Berufsgeheimnis des Arztes und die Blennorrhoe, von L. Jullien ... 410
Die Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Protargol, von Henri Fournier. 412
Instillationen von Protargol bei chronischen Urethritiden, von Desnos ... 412
Über die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von G. Knowles ... 463
Isolierte primäre Blennorrhoe der paraurethralen Gänge, von C. Horváth ... 557
Über die Abhängigkeit des Verlaufs der Urethritis von der Lokalisation der Gonokokken, von B. A. Drobny ... 558

Verschiedenes.

Apparat zur Applikation von heifsen Dämpfen, von Saalfeld ... 136
Die „Ceyssatite“, von Veyrières ... 149
Über Masturbation, von Mc Clanahan ... 156
Die Behandlung eiternder Fistelgänge, von Senn ... 328
Hauttransplantationen nach Thiersch, von Mitchell ... 328
Bekanntmachung des Polizeipräsidenten von Berlin betreffend Anzeige Syphilitischer ... 380
Über einige neue Arten von Hämatozoen, welche in Amerika vorkommen, von Manson ... 431
Die Hyperplasie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes, von Abeles ... 431
Kleine kasuistische Beiträge zur operativen Chirurgie, von Link ... 431

Seite
Zu viel und zu wenig Haar, von Jackson 432
Venerische Erkrankungen der Marine und ihre Verhütung, von Crandall 432
Irische Dermatologen, von Purdon 432
Eine eigenartige Angina infolge von Glossitis, von Mode 603
Mykosis oropharyngalis, von Lincoln 603
Leukoplakia pharyngis non specifica, von Rosenberg 603
Der Mundspüler, von G. D. Ajutols 603
Über Photographien in natürlichen Farben nach dem Ivesschen Verfahren, von Isaac II. 629

IV. Notizen.

(Vacat.)

V. Sachverzeichnis 657
VI. Namenverzeichnis 679

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.
Über das Wachstum der Haare auf Favusnarben nach Skarifikationen und Einpflanzung von Teilen des Haarschafts, von Hodara (Tafel I.) 54
Xanthoma glycosuricum, von Schwenter-Trachsler (Tafel II.) 210
Über das Eccema rubrum universale, von Pini und Bosellini (Tafel III.) 277
Ein Fall von ekzematöser, circumscripter Dermatitis mit Berücksichtigung der dabei beobachteten Pilzelemente, von Klamann (Tafel IV.) 329
Histo- und hämatologische Untersuchung eines Falles von Hallopeauscher Dermatitis, von Leredde (Tafel V.) 381
Ein Fall von Verunstaltung der Haare bakteriellen Ursprungs, von E. Sonnenberg (Tafel VI.) 537

4898

BOSTON MEDICAL LIBRARY.

Monatshefte für praktische Dermatologie.

Band XXVII. 1. Juli 1898.

Die FINSENsche Lichttherapie.

Von

Dr. SOPHUS BANG,
Kopenhagen.

(Mit 3 Figuren im Text.)

Schon lange ist die grofse Bedeutung von gewissen Arten der Lichtstrahlen für die Pflanzenwelt von allen anerkannt. Dagegen ist die biochemische Wirksamkeit des Lichtes auf den tierischen Organismus bis zur neuesten Zeit nur in sehr beschränktem Mafsstabe von der wissenschaftlichen Forschung aufgeklärt worden, obschon in der Wirklichkeit wohl niemand daran zweifelt, dafs die mächtige chemische Energie des Sonnenlichtes, der wir tagtäglich ausgesetzt sind, doch wohl irgend welchen Einfluſs auf unseren Körper ausüben mufs. Zwar versuchte schon MOLESCHOTT 1855, und nach ihm verschiedene andere Forscher, nachzuweisen, dafs die Lichtstrahlen den tierischen Stoffwechsel vermehren, und schon 1859 stellte CHARCOT die Vermutung auf, dafs das sogenannte Eccema solare s. caloricum nicht von den Wärmestrahlen, sondern von den chemischen Strahlen des Sonnenlichtes herrühre. Aber bekanntlich sind doch erst in allerjüngster Zeit diese Fragen einer wirklich eingehenden wissenschaftlichen Diskussion unterworfen worden — und immer noch giebt es auf diesem Gebiete wichtige Prinzipfragen, die überhaupt noch nicht zur Untersuchung aufgenommen worden sind.

Ein wesentlicher Schritt näher dem Verständnisse dieser Fragen wurde gemacht, als UNNA,[1] später WIDMARK[2] und HAMMER[3] feststellten, dafs es in der That die chemisch wirksamen, speziell die ultravioletten Strahlen sind, welche sowohl bei der Pigmentierung der Haut wie beim Sonnenekzem wirksam sind. Überhaupt zeigte sich die Wirkung der chemischen Strahlen spezifisch verschieden von derjenigen der Wärme-

[1] UNNA, Über das Pigment der menschlichen Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1885.
[2] WIDMARK, Über den Einfluſs des Lichtes auf die Haut. *Hygiea.* Festband. No. 3.
[3] HAMMER, *Über den Einfluſs des Lichtes auf die Haut.* Stuttgart. 1891.

strahlen. Während diese letzteren fast momentan eine nur unscharf begrenzte und sofort schmerzhafte, aber eventuell bald spurlos wieder verschwindende Röte hervorrufen, erscheinen dagegen die Schmerzen und die Röte nach den chemischen Strahlen erst nach einer gewissen Zeit, gewöhnlich ein paar Stunden; die Röte ist ebenso scharf begrenzt, wie die Bestrahlung es gewesen ist, und wird von einer ebenso scharf begrenzten Pigmentierung gefolgt; in ihren höheren Graden steigt diese Röte bekanntlich zu einer wirklichen Entzündung, zu einem Eccema solare oder „photochemicum". FINSEN[4] hat einen überzeugenden Versuch in dieser Beziehung an sich selbst angestellt. Er malte mit Tusche einen schwarzen Streifen auf seinen Arm und setzte nachher diesen während drei Stunden einem starken Sonnenlicht aus. Während die übrige Haut erst entzündet und später stark pigmentiert wurde, blieb die unter der Tusche gewesene Haut ganz weifs und reaktionslos, obschon sie ja wegen der schwarzen Farbe viel mehr Wärme eingesogen hatte als die Umgebung. Nach einigen Tagen setzte er wieder denselben Arm der Sonne aus, diesmal ohne Tusche; nun wurde der weifse Streifen entzündet mit nachfolgender Pigmentierung, während der übrige Teil des Armes, durch seine beim ersten Versuche erlangte Pigmentierung geschützt, sich nun völlig „immun" gegen die chemischen Strahlen zeigte.

Die Pigmentbildung hat also offenbar den Zweck, den Körper gegen das chemische Licht zu schützen, und die gelbliche Farbe des Pigmentes ist gerade die am besten geeignete, um die violetten und ultravioletten Strahlen zu absorbieren, wie UNNA (l. c.) schon hervorgehoben und prophylaktisch (gelbe Schleier, Curcumatinktur) in Vorschlag gebracht hat.

Kein Wunder, dafs das Licht auf die kranke Haut manchmal einen noch stärkeren Einfluſs hat; ich erinnere hier nur an das Verhältnis des Lichtes zu Melanosis lenticularis progressiva (UNNA, l. c.), zur Pellagra (HAMMER, l. c.), zu gewissen Krankheiten der Tiere (WEDDING[5]) etc. Genauere Untersuchungen in dieser Beziehung werden gewifs noch manche Überraschung bereiten. Die merkwürdigste Thatsache auf diesem Gebiete ist bisher der durch FINSEN erbrachte Nachweis,[6] dafs der Suppurationsprozefs bei der Variola nur zu stande kommt unter Mitwirkung von den chemischen Strahlen des Lichtes und seine daraus indizierte Behandlung dieser Krankheit mit Ausschliefsung der chemischen Strahlen, das heifst im Dunkeln, oder jedenfalls bei inaktinischem, z. B. bei rotem Lichte. Diese Behandlungsweise hat, so überraschend sie auch anfangs vorkommt,

---

[4] FINSEN, Om Lysets Indvirkning paa Huden. *Hospitalstidende.* 1893. No. 27.

[5] WEDDING, Einfluſs des Lichtes auf die Haut der Tiere. *Verh. d. Berl. Ges. f. Anthropol.* 1887.

[6] FINSEN, Om de kemiske Straalers skadelige Virkning paa den dyriske Organisme. *Hospitalstidende.* 1893. No. 44.

in den gegen 100 Fällen, in welchen sie bisher angewandt worden ist, nur in einem Falle versagt, sonst konstant schnelle Heilung ohne Suppuration und deshalb auch ohne Narben.[7]

Auch an Wirkungen auf die tieferen Bestandteile des Körpers scheint es dem Lichte nicht zu fehlen. So hat FINSEN z. B. nachgewiesen, dafs das Licht eine eigentümliche, wie es scheint, durch kein anderes Mittel hervorzurufende Wirkung auf die Gestalt der roten Blutkörperchen des Frosches hat, indem sie dabei statt ovoid kugelförmig werden, ein Befund, den ich nach eigenen Untersuchungen vollständig bestätigen kann.

Aufser diesen mehr oder weniger schädlichen Wirkungen des Lichtes giebt es aber auch solche, die für den Organismus günstig sind. Diese günstigen Wirkungen sind teils direkt — wovon wir jedoch bisher nur sehr wenig wissen (vergl. FINSEN, *Das Licht als Incitament*[8]) —, teils sind sie indirekt, z. B. bakterientötend.

Die bakterientötende Wirkung des Lichtes ist schon von so vielen Forschern anerkannt, dafs ich hier nicht näher darauf einzugehen brauche. Merkwürdigerweise sind aber bisher keine wissenschaftlichen Versuche gemacht worden, diese Wirkung therapeutisch zu verwenden.[9] Erst nachdem FINSEN, der sich schon seit mehreren Jahren dem Studium der biologischen Lichtwirkungen ganz gewidmet hatte, im Jahre 1895 einen als hoffnungslos angesehenen alten Lupusfall mittelst chemischer Strahlen mit glänzendem Erfolge behandelt hatte, wurde eine wissenschaftliche Lichttherapie in gröfserem Stile angefangen und es gelang ihm in kurzer Zeit, teils mittelst der Unterstützung reicher Privatleute, teils durch freigebige Unterstützung seitens des dänischen Staates und der Kommune Kopenhagen sein jetziges „Lichtinstitut" zu gründen. Dieses Institut, das auf dem Grunde des Kopenhagener „Kommunehospitals" in mehreren stattlichen atelierähnlichen Gebäuden installiert ist, hat eine Abteilung, die ausschliefslich theoretisch-experimentellen Arbeiten über die Lichtbiologie gewidmet ist, während eine andere Abteilung der Behandlung der Patienten, deren Anzahl im Augenblicke 100—110 beträgt, vorbehalten ist. Es arbeiten zur Zeit 5 Ärzte und 17 Krankenwärterinnen unter Prof. FINSENS Leitung.

Aufserordentlich viele, besonders technische Schwierigkeiten hatte

---

[7] FINSEN l. c. Aufserdem: *Semaine méd.* 30. Juni 1894; NEISSERS *stereoskopisch-med. Atlas*, 2. Lief. 1895; *Brit. med. Journ.* 7. Dez. 1895. — SVENDSEN, *Medicinsk Revue.* Okt. 1896. — JUHEL-RENOY, *Bull. de la soc. méd. d. hôp. de Paris.* 14. Dez. 1893. — OETTINGER, *Sem. méd.* 30. Mai 1894. — BENCKERT, *Hygiea.* 56. Bd. 1894. — MOORE, *Dublin Journ. of m. Sc.* Dez. 1894. — FEILBERG, *Hospitalstidende.* 1894. No. 27. — KROHN, Ibid. 1894. No. 40. — PERRONET, *Thèse de Paris.* 1897. — AHL, *Medicinsk Revue.* Aug. 1897.

[8] FINSEN, Lyset som Incitament. *Hospitalstidende.* 1895. No. 8.

[9] Die bisher veröffentlichten Versuche sind so unreif, dafs es absolut nicht die Mühe lohnt, sie näher zu besprechen.

Finsen zu überwinden, bevor es ihm gelang, das Licht in der am meisten wirksamen Form zu administrieren. Als Lichtquelle kamen selbstverständlich nur zwei in Betracht: die Sonne und das elektrische Bogenlicht, da alle anderen viel zu arm an aktinischen Strahlen sind. Die Sonne hat bisher die kräftigste Wirkung gegeben, aber den gröfsten Teil des Jahres mufs man sich bei uns mit elektrischem Licht begnügen.

Der „Sammelapparat" für Sonnenlicht ist in seiner Konstruktion der einfachste. Zwei grofse „Uhrgläser" mit einem Diameter von 20—40 cm und von passendem Krümmungsradius sind in einen Messingring, der auf einem verstellbaren Fufse steht, gefafst, und der bikonvexe Hohlraum zwischen den Gläsern wird mit Wasser gefüllt. Diese Wasserlinse sammelt die Sonnenstrahlen in einen Focus, wo die Wärme, obschon das Wasser den gröfsten Teil der ultraroten Wärmestrahlen absorbiert hat, doch immer noch viel zu hoch wäre, wenn man nicht zugleich die roten, bekanntlich ebenfalls warmen, Strahlen ausschaltete dadurch, dafs das Wasser z. B. mit ammoniakalischem schwefelsaurem Kupferoxyd blau gefärbt wird. Durch Zusatz von diesem Farbstoff kann man die Wärme im Focus beliebig stark abschwächen, während die aktinischen, d. h. die violetten und ultravioletten Strahlen dadurch nur verhältnismäfsig wenig abgeschwächt werden. In der Praxis macht man aber doch die blaue Lösung nicht so sehr dunkel (verschieden je nach der Intensität des vorhandenen Sonnenscheins), sondern zieht es vor, die Patienten nicht genau im Focus, sondern einige Centimeter vor diesem anzubringen, wo der Kegel der Lichtstrahlen breiter und die Wärme dementsprechend nicht so grofs ist.

Fig. 1.

Etwas komplizierter sind die Apparate zur Koncentrierung des elektrischen Bogenlichtes. Die Strahlen einer Bogenlampe von 50 bis 80 Ampères[10] werden durch zwei Linsen parallel gemacht; zwischen zwei weiteren Linsen ist eine 20—30 cm dicke Wasserschicht (destilliertes Wasser, um keine Luftblasen zu bekommen) angebracht, wodurch die Strahlen gegen einen Focus, in dem die zu behandelnde Stelle des

[10] Eine gewöhnliche Strafsenbogenlampe hat etwa 12—15 Ampères. 80 Ampèreslampen werden für die starken Projektoren der Kriegsschiffe gebraucht.

Patienten sich befindet, konvergent gemacht werden. Bei den älteren Modellen waren die Linsen aus Glas, und zwischen dem Patienten und der untersten Linse des Apparates war noch ein mit blauer Farbstoff-

Fig. 2.

lösung gefülltes, planparallelwandiges Glasgefäfs angebracht um, wie bei dem Sonnenapparat beschrieben, auch die roten Strahlen zu absorbieren. Schon mit diesen Glasapparaten erzielt man ein sehr starkes chemisches Licht

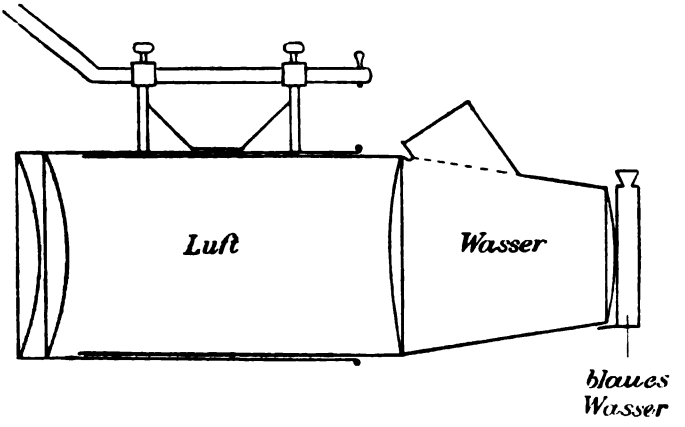


Fig. 3.

und sie werden zum Teil auch noch heute benutzt; aber ein bedeutender Fortschritt wurde gemacht, als man statt Glas Bergkrystalllinsen verwendete, indem das Glas einen recht bedeutenden Teil der wirksamen

ultravioletten Strahlen absorbierte, was mit dem Bergkrystall ja sehr wenig der Fall ist. Die Bergkrystallapparate sind übrigens im Prinzip ganz wie die Glasapparate konstruiert; nur verwendet man hier allein destilliertes Wasser ohne blaues Filter, indem es sich herausstellte, dafs auch dieses einen Teil der ultravioletten Strahlen absorbiert. Wie man sich hier der Wärme entledigt, werde ich unten näher besprechen.

Mit diesen Sammelapparaten sind wir nun im stande die meisten Bakterien im Reagensglas — oder richtiger gesagt: im Reagensbergkrystall — durch eine Belichtungszeit von 1 Minute (natürlich mit Ausschliefsung jeder Wärmewirkung) zu töten, ja unter günstigen Umständen gelingt es sogar, Bakterien in 2—3 Sekunden abzutöten und sie in noch viel kürzerer Zeit abzuschwächen und in dieser Beziehung sind die Lampenkonstruktionen noch immer verbesserungsfähig. Aber trotzdem würde man selbst mit diesen erstaunlich starken Apparaten keine Wirkung auf den Lupus erzielt haben, wenn FINSEN nicht eine besondere Beobachtung gemacht und dieselbe praktisch zu verwerten gewufst hätte. Wenn man nämlich hinter einem menschlichen Ohr ein photographisches Silberpapier anbringt und mittelst eines Sammelapparates koncentriertes Sonnenlicht auf die andere Seite des Ohres fallen läfst, so zeigt es sich, dafs das Silberpapier noch nach 5 Minuten kaum eine Spur von Schwärzung zeigt. Wird dagegen das Ohr zwischen zwei Glasplatten komprimiert und somit blutleer gemacht, so wird das Papier schon in 20 Sekunden ganz schwarz. Das Blut hat also — was ja übrigens seinen spektroskopischen Eigenschaften entspricht — die Fähigkeit, die brechbarsten Strahlen zu absorbieren, und um eine Wirkung dieser Strahlen bis zu einer gewissen Tiefe der Haut zu erzielen, ist es also notwendig das Blut wegzudrücken mittelst eines „Druckglases", das mit elastischen Bändern oder besser von einer Krankenwärterin angedrückt wird. In letzterer Zeit verwenden wir mit Vorteil ein „Druckglas" aus zwei Bergkrystallplatten, zwischen welchen ein Strom von kaltem Wasser fliefst, wodurch die Haut kalt erhalten bleibt, und gerade durch diese so konstruierten Druckgläser ist es möglich geworden, das blaue Filter zu entbehren.

Die Behandlung gestaltet sich nun also so, dafs jeder Patient während der ganzen Sitzung, die 1—2 Stunden dauert, mit dem kranken Teil im Focus angebracht ist, während eine Krankenwärterin ihm die Druckplatte auf der vom Arzte bezeichneten Stelle andrückt und den Wasserstrom reguliert je nach den Empfindungen des Patienten, indem dieser absolut kein unangenehmes Wärmegefühl spüren darf. Wenn die Behandlung mit Sonnenlicht stattfindet, ist ihre Aufgabe aufserdem, den Apparat fortwährend nach dem Gange der Sonne einzustellen, worin sie natürlich bald grofse Übung bekommt.

Sollte es sich herausstellen, wie es wohl wahrscheinlich ist, dafs die

Blutleere für jede lokale Lichttherapie eine notwendige Bedingung ist, dann wäre auch damit das Gebiet der Behandlung gegeben. Nur die äufsere Haut und diejenigen Teile der Extremitäten, die sich mittelst elastischer Binden blutleer machen lassen, wären dann dem Einflufs des Lichtes zugänglich.

Bisher haben wir die Methode nur gegen Hautkrankheiten versucht und hauptsächlich gegen solche Leiden, von denen man weifs oder vermuten kann, dafs sie mikrobieller Natur sind. Aber nur vom Lupus haben wir bisher eine genügend grofse Anzahl behandelt (nämlich ca. 140), um mit Bestimmtheit uns über die Wirkung der Behandlung aussprechen zu können. Und nur über den augenblicklichen Effekt will ich hier ein paar vorläufige Worte sagen. Denn wenn die Rede von einer zu Recidiven so geneigten Krankheit wie der Lupus ist, kann man sich ja erst nach mehreren Jahren über die definitiven Resultate aussprechen. Es ist ja überhaupt ungeheuer schwer, zu einem gegebenen Zeitpunkt zu sagen, ob der betreffende Fall im Augenblick wirklich geheilt ist oder nicht; ein diagnostischer Irrtum in Bezug auf das „Geheiltsein" des Patienten könnte später der Methode ungerechterweise zur Last fallen als „Recidiv". Aber indem ich mir also alles in bezug auf die Endresultate und die Recidive vorbehalte, kann ich heute schon sagen, dafs wir bisher kaum einen Lupusfall gesehen haben, er sei so alt und vernachlässigt oder auch so „behandelt" und trotzdem „verzweifelt", als man sich denken will (und gerade aus solchen Fällen hat ja natürlich ein unverhältnismäfsig grofser Teil unserer bisherigen Patienten bestanden) wo wir nicht durch genügend lange fortgesetzte Behandlung eine Besserung erzielt haben. Und von sehr vielen haben wir eine Besserung erreicht, die im Augenblick jedenfalls wie eine Heilung aussieht.

Von nachteiligen Wirkungen der Behandlung haben wir bisher absolut keine gesehen; und dafs sie ganz schmerzlos ist, das wissen besonders diejenigen Patienten zu schätzen, die vorher jahrelang mit Kauterisationen und ähnlichem behandelt worden waren. Eben dadurch wird es auch möglich, die anscheinend gesunde, aber doch immerhin verdächtige Haut in der Umgebung der Knötchen zu behandeln. Auch dafs die Methode an sich keine Narben giebt, aufser den durch die Destruktion der Krankheit selbst hervorgebrachten, ist nicht gering zu schätzen.

Der einzige Übelstand, den wir bisher bei der Behandlung in den Kauf nehmen mufsten, ist ihre lange Dauer. Man mufs darauf gefafst sein, dafs selbst „leichte" Fälle mit einer Sitzung täglich kaum in kürzerer Zeit als 4—6 Monate fertig werden; die „schweren" brauchen ein Jahr aber auch wohl gegen zwei Jahre. Wie lange Zeit der einzelne Fall beanspruchen wird, kann man erst nach einiger Zeit der Behandlung beurteilen, indem anscheinend leichte Fälle bisweilen verhältnismäfsig

langsam, und umgekehrt nicht selten schwere Fälle verhältnismäfsig schnell sich bessern. In Bezug auf die lange Dauer der Behandlung mufs jedoch hervorgehoben werden, dafs wir bisher, experimenti causa, garnicht die Lichtbehandlung mit anderen Methoden kombiniert haben. Es steht ja zu hoffen, dafs man, wenn man z. B. mit Exstirpationen und Transplantationen anfängt und dann Recidive mittelst Lichtbehandlung verhütet, die Behandlungsdauer wird erheblich abkürzen können.

Orthoform als Anaestheticum bei intramuskulären Injektionen.

Von

Dr. Heinrich Loeb, Mannheim.

Als Resultat zielbewufster und systematischer Arbeit konnten Einhorn und Heinz[1] das Orthoform der Öffentlichkeit übergeben, welches geeignet ist, als Lokalanaestheticum in vielen Fällen hervorragende Dienste zu leisten, für die bis jetzt ein brauchbares Präparat nicht zu Gebote stand. Die hauptsächlich ins Gewicht fallenden Vorzüge des neuen Mittels sind die absolute Ungiftigkeit und die langsame Löslichkeit. Die erste Eigenschaft gestattet seine Verwendung in gröfserer Menge ohne Intoxikationsgefahr; die zweite sichert ihm eine längere Zeit andauernde, nur allmählich sich erschöpfende Wirkung. Dagegen entfaltet das Medikament nur dort anästhesierenden Effekt, wo es auf blofsliegende Nervenendigungen, also auf Substanzverluste, einwirken kann, während es auf intakte Haut oder Schleimhaut, im Gegensatz zu Kokain, wirkungslos bleibt.

Auf Grund dieser Eigenschaften wurde es von den Erfindern empfohlen gegen die Nachschmerzen bei Operationen (besonders zum Bedecken der Defekte, welche durch Entnahme von Transplantationsmaterial entstehen), bei Verbrennungen, Fufs- und Unterschenkel-, Kehlkopf- und Magengeschwüren, schmerzhaften Rhagaden etc. und durch Neumayer,[2] Klaussner,[3] Kallenberger[4] bestätigt, dafs 3—5 Minuten nach der Applikation eine bis zu 30 Stunden dauernde Schmerzlosigkeit eintritt, ohne dafs toxische oder sonstige unangenehme Erscheinungen beobachtet werden; später hat Hirschbruch[5] 3% Orthoformaufschwemmung zur Anästhesie bei kleineren Operationen empfohlen.

---

[1] *Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 34; s. auch Referat in diesen Monatsheften. Bd. XXVI, No. 8, S. 426.
[2] *Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 44.
[3] Ebenda. No. 46.
[4] Inaug.-Diss. München 1897.
[5] *Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 51.

Von der anästhesierenden Wirkung konnte ich mich gelegentlich der Behandlung eines vier Wochen alten, bis dahin verkannten Ulcus molle am Nagelfalze des kleinen Fingers überzeugen, von wo heftige Schmerzen nach dem ganzen Arme ausstrahlten, welche sofort gelindert wurden, als dem Jodoform zu gleichen Teilen Orthoform zugesetzt ward.

Da ich nun beabsichtigte, diese anästhesierende Wirkung bei subcutanen resp. intramuskulären Injektionen therapeutisch zu verwerten, injizierte ich mir zunächst in die Glutäalmuskulatur 1 ccm einer 10 % Orthoform-Paraffinaufschwemmung. In den ersten neun Stunden nach der Injektion trat absolut keine Empfindung an der Injektionsstelle auf, die mich daran erinnert hätte. Schwellung war nicht vorhanden, Schmerz auch bei Druck nicht auszulösen, was doch zunächst nach Injektion von 1 ccm fast unlöslichen Materials zu erwarten gewesen wäre. Eine weitergreifende Anästhesie, eine Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut gegen Berührung, Tasteindrücke, Nadelstiche oder Temperaturdifferenzen, also eine Fernwirkung, die sich auf ungefähr 3—4 cm geltend gemacht hätte — so tief war die Injektion gemacht — war nicht vorhanden. In der zehnten Stunde begann ein leichtes Schmerzgefühl, ähnlich dem Schmerz nach einer mäfsigen Kontusion, sich einzustellen, welches, anfangs zunehmend, im Laufe der nächsten 36 Stunden wieder vollständig verschwand, ohne einen nur einigermafsen intensiven Charakter angenommen zu haben. Temperatursteigerung oder anderweitige Störungen waren nicht aufgetreten.

Nach diesem Versuche liefs ich der 10 % Mischung von Hydrargyrum salicylicum mit Paraffin, welche ich für subcutane Syphilisbehandlung zur Zeit ausschliefslich benutze, 5—10 % Orthoform zusetzen. Das aus der Mischung sich am Boden des Glases niedersetzende Pulver war gleichmäfsig vermengt, blieb rein weifs, liefs sich leicht wieder aufschütten ohne zusammen zu ballen und durch die ohnehin etwas weitere Kanüle der Pravazspritze anstandlos injizieren. Nur dort, wo der eingeschliffene Glasstöpsel den Flaschenhals reibt, nahm das dort haftende Pulver alsbald eine gelbe bis braune Farbe an (durch Umsetzung des salicylsauren Hg zu HgO ?).

Obwohl das Hydrargyrum salicylicum das reizloseste sämtlicher unlöslicher Hg-Präparate ist, treten bei seiner Verwendung zu intramuskulären Injektionen am lebhaftesten gewöhnlich nach der erstmaligen Applikation, nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde beginnend, Schmerzen auf, die nach 5 bis 6 Stunden ihren Höhepunkt erreichen und in einzelnen Fällen sich soweit steigern, dafs empfindliche Patienten die Fortsetzung dieser Behandlung verweigern. Am nächsten Tage bilden sich diese lokalen Beschwerden spontan zurück, wie auch die nicht seltenen Allgemeinsymptome und leichten Temperaturerhöhungen (welche nach vorgenommenen Kontroll-

injektionen mit reinem Paraffin nur auf die Anwesenheit des Hg-Salzes zurückzuführen sind).

Durch Zusatz von Orthoform gelingt es nun, die in den ersten Stunden nach der Injektion auftretenden Schmerzen zu beseitigen resp. zu lindern. Sämtliche Patienten, die gerade einer Injektionskur unterzogen wurden und nicht von dem Orthoformzusatz unterrichtet waren, gaben auf Befragen an, dafs der lokale Schmerz am Tage der Injektion nicht oder nur sehr mäfsig aufgetreten war. Dagegen stellte sich nach 8—10 Stunden Schmerzhaftigkeit, in den disponierten Fällen Unbehagen ein in demselben Mafse, wie es bei den orthoformfreien Injektionen vorher aufgetreten war. Eine Vermehrung der Beschwerden war in keinem Falle zu konstatieren. Das Infiltrat war nicht gröfser, die Resorption desselben ging in derselben Schnelligkeit und Weise von statten, wie ohne Orthoformzusatz. Entzündliche Erscheinungen oder gar Abscefsbildung traten nicht auf und sind um so weniger zu befürchten, als Orthoform auch antizymotisch wirkt. Im Urin war nie Eiweifs oder Zucker nachzuweisen und im Verlauf der ganzen Behandlung (neun Injektionen in Zwischenräumen von je 5—8 Tagen) war in keinem (von acht Fällen) eine unangenehme oder aufsergewöhnliche Beeinflussung zu bemerken, während die Quecksilberwirkung in gewöhnlicher Weise zu Tage trat.

Sehr viel Wert lege ich auf das Urteil eines medizinisch ausgebildeten Patienten, der gerade bei mir eine Hg salicylicum-Kur durchmachte und nachdem er vorher die Injektionen sehr unangenehm empfunden hatte, von der anästhesierenden Wirkung durch Orthoformzusatz sehr befriedigt war.

Inwieweit Orthoform als Zusatz zu anderen löslichen oder unlöslichen Präparaten geeignet ist, habe ich nicht verfolgt. Eine frisch bereitete Lösung von Sublimat-Kochsalz = 0,4/20 mit einem Zusatz von 1,0 Orthoform wurde ohne Schmerzen ertragen, jedoch hatte die Lösung am nächsten Tage eine gelbliche Farbe angenommen, weshalb ich von weiteren Injektionen abstand. Es dürfte sich lohnen, in dieser Richtung weitere Versuche anzustellen.

Jedenfalls sind die Indikationen für den Gebrauch von Orthoform jetzt schon so reichlich und die Wirkung desselben so günstig, dafs es eine vielseitige und befriedigende Anwendung finden wird so lange, bis ein besseres Mittel an seine Stelle tritt.

Anmerkung. Mit der Absendung obiger Publikation beschäftigt, ersehe ich zufällig aus einer Notiz des *Medico*, VIII 18, S. 262, dafs auch Bodel den unlöslichen Hg-Salzen Orthoform zugesetzt hat. Das Original steht mir nicht zur Verfügung.

Einige neue dermatologische Heilmittel, Derivate des Pyrogallols, Chrysarobins, Resorcins.

Von

E. Kromayer und H. Vieth.

(Vortrag, gehalten auf dem VI. Kongrefs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Strafsburg (Els.) von Dr. E. Kromayer, Privatdozenten in Halle a. S.)

M. H. Der neuen und neuesten Heilmittel entstehen allmonatlich so viele und verschwinden wieder, dafs ich mich veranlafst fühle, im voraus wegen meines Vortrages um Entschuldigung zu bitten. Und ich hoffe, Sie werden mir diese nicht versagen, wenn Sie erfahren, dafs es eigentlich keine neuen Heilmittel sind, die ich Ihnen empfehlen will, sondern wohlbekannte und durchstudierte, die nur in neue chemische Gewandung gekleidet sind, um dadurch bequemer, sicherer und schneller zu wirken als in der alten. Es handelt sich um die bewährten Mittel: Pyrogallussäure, Chrysarobin, Resorcin.

In meiner *„Allgemeinen Dermatologie"* in der 22. Vorlesung über allgemeine Therapie habe ich theoretische Betrachtungen über die Wirkungsweise der sogenannten reduzierenden Heilmittel angestellt. Ich habe gezeigt, dafs die reduzierende, d. h. heilende Eigenschaft der Mittel stets begleitet wird von einer die Haut reizenden, die unerwünscht und häufig der Heilung direkt hinderlich ist; ferner habe ich dargethan, dafs die wasserlöslichen Mittel im allgemeinen leichter die Haut reizen, als die wasserunlöslichen und dafs die wasserlöslichen in gelöster Form wiederum leichter Entzündungen hervorrufen als in ungelöster Form. Als Beispiele hierfür mögen das regulinische Quecksilber mit seinen unlöslichen Salzen und der Schwefel einerseits, das Sublimat und das wasserlösliche Ichthyol (das durch seinen Schwefelgehalt wirksam ist) andererseits gelten.

Während das Quecksilber mit seinen Präzipitatsalzen vorzüglich reduzierend auf syphilitische Infiltrate, Akne etc. einwirkt, wird das Sublimat in wässeriger Lösung zu diesem Zwecke überhaupt nicht benutzt.

Diese theoretischen Erwägungen legen nun den Gedanken nahe, die wasserlöslichen Heilmittel Pyrogallussäure und Resorcin in unlösliche Form zu bringen und dadurch zu den bisherigen Präparaten etwa einen Gegensatz zu schaffen, wie er zwischen regulinischem Quecksilber und Sublimat besteht.

Das ist, genau wie bei Hg und S nur möglich durch Verbindung dieser Stoffe mit anderen chemischen Körpern. Dadurch entstehen aber neue Substanzen, die, um wirksam zu sein, noch die Eigenschaft haben

müssen, sich beim Kontakt mit erkrankter Haut derart in die einzelnen chemischen Komponenten zu spalten, dafs die Ursubstanzen, also freies Chrysarobin, Pyrogallol oder Resorcin, gewissermafsen in statu nascendi und allmählich zur Einwirkung gelangen.

Sind aber überhaupt solche neuen Körper synthetisch darstellbar, so ist sofort ersichtlich, dafs durch sie nicht nur die löslichen, sondern auch die unlöslichen eine Verbesserung und eine Verstärkung ihrer heilenden Eigenschaften erfahren können.

Wir wissen, dafs die reduzierenden Mittel in schwächerer Koncentration weniger entzündungserregend wirken als in stärkerer, ohne im gleichen Mafse ihre reduzierende, heilende Wirkung zu verlieren. Diese wird häufig noch ausgelöst, wenn wir das Mittel auch in sehr schwacher Koncentration anwenden, z. B. Chrysarobin in $^1/_4$ bis $^1/_2$%iger Salbe. Es kommt also wesentlich auf eine ständige aber diskrete, zarte Wirkung des Heilmittels an, während eine rasche, unmittelbare, brüske Einwirkung zu vermeiden ist.

Dieses Ziel ist aber viel besser als durch geringe Koncentration dadurch zu erreichen, dafs wir die Mittel nicht in ihrer wirksamen Gestalt als solche benutzen, sondern in chemischer Verbindung mit anderen Körpern, aus der die wirksame Substanz erst allmählich ausgeschieden wird und so in diskretester, aber doch nachhaltigster Weise zur Einwirkung gelangt.

Das sind die theoretischen Erwägungen, auf Grund deren ich mich vor dreiviertel Jahren an die Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen behufs synthetischer Darstellung solcher Substanzen gewandt habe. Ihr Chemiker, Dr. Vieth, der, von chemischen Erwägungen ausgehend, zur gleichen Zeit und unabhängig von mir, zu denselben theoretischen Resultaten gelangt war, hat nun eine grofse Reihe brauchbarer Arzneikörper dargestellt, die unsere Voraussetzungen, um es gleich im voraus zu sagen, in überraschender Weise bestätigt haben.

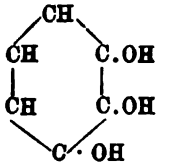
Bevor ich auf die neuen Körper näher eingehe, gestatten Sie mir, eine kurze Bemerkung über das vielgebrauchte Wort „reduzierend“ zu machen. Es wird für Heilmittel, wie Sie wissen, jetzt in zwei ganz verschiedenen Bedeutungen gebraucht, einmal im bekannten chemischen Sinne, dann im medizinischen Sinne für heilend, chronische Gewerbsveränderungen zur Norm zurückführend. Dadurch entsteht eine Verwirrung und besonders der Anschein, als ob diese beiden Eigenschaften, die einzelnen Mitteln gemeinsam sind, zu identifizieren wären, was jedenfalls nicht der Fall ist.

Ich erlaube mir daher, für „reduzierend“ im medizinischen Sinne das Wort „reaktiv“ vorzuschlagen, d. h. Mittel, auf die das lebende Gewebe mit einer Reaktion, einer Entzündung oder mit Zurückgehen der

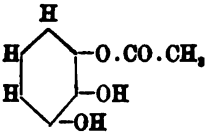
Gewebsveränderungen antwortet, zum Unterschied von den indifferenten Heilmitteln, die nur den Zweck haben, das Gewebe ruhig zu stellen und die ich deshalb im Gegensatz zu den reaktiven Heilmitteln als „sedative" bezeichnen möchte.

Pyrogalloldérivate: Lenigallol, Eugallol, Saligallol.

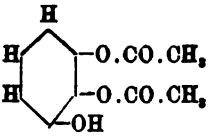
Betrachten wir nun zunächst die Derivate des Pyrogallols, die chemisch am klarsten liegen und die ich deshalb von dieser Seite kurz besprechen will. Sie stellen, wie alle übrigen, Derivate mit Säuren dar. Das Pyrogallol ist ein Benzol mit 3 Hydroxylgruppen, die durch



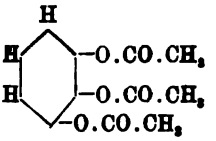
Säureradikale ersetzt werden können. Je nachdem alle 3 oder nur 2 oder nur 1 Hydroxylgruppe durch ein Säureradikal ersetzt wird, entstehen verschiedene Körper. So giebt es 3 Essigsäureverbindungen mit dem Pyrogallol, das Monoacetylpyrogallol



das Diacetylpyrogallol



und das Triacetylpyrogallol



Alle 3 Körper sind sowohl chemisch, wie in ihren Wirkungen auf die Haut durchaus verschieden. Das Pyrogallolmonoacetat oder „Eugallol" stellt eine syrupdicke, kaum flüssige, durchsichtige, braungelb gefärbte Masse dar, die in Wasser leicht löslich ist; das Pyrogalloldiacetat ist ein weifses, in kaltem Wasser schwer lösliches Pulver, das indessen bei Zusatz von Alkalien leicht löslich wird; das Pyrogalloltriacetat oder Lenigallol endlich ist ein in Wasser ganz unlösliches, weifses Pulver, das erst beim Erwärmen mit wässerigen Alkalien sich allmählich unter Aufspaltung löst.

Diesen prägnanten chemischen Unterschieden entsprechen ähnliche in den Wirkungen auf die Haut. Das Lenigallol (lenis = mild), also das mild wirkende Pyrogalluspräparat ist auf gesunder Haut nahezu indifferent, selbst hochprocentuierte Salben (Lenigallol, Lanolin ā 10,0) machen auch unter festem Salbenverband keinerlei Reizerscheinungen. Nur bei starker alkalischer Schweifssekretion der Haut tritt eine teilweise Zersetzung des Lenigallols ein, leicht erkenntlich durch Schwarzfärbung der Salbe, wenn das Lenigallol mit Zinkpaste vermischt appliziert wird (Lenigallol 10,0, Past. Zinci, Lanolin ā 10,0). Diese Zersetzung tritt nun auch besonders auf der erkrankten Hautfläche ein, schon über der psoriatisch veränderten Haut, wie ganz besonders bei den chronischen, subakuten und akuten Ekzemen. Das Lenigallol wirkt daher vermittels seiner Pyrogallussäure nur auf die erkrankten Hautstellen, während es die gesunden vollständig unberührt läfst. Es entspricht also den eingangs auseinandergesetzten theoretischen Anforderungen vollkommen.

Nicht allzufeste psoriatische Veränderungen werden durch hochprocentuierte Lenigallolsalbe rascher beseitigt als durch die gewöhnlich angewendete 10%ige Pyrogallussalbe, während alle Ekzeme bis zu den akutesten (von denen ich nur die durch direkte Reizung entstandenen ausnehme) in geradezu wunderbar rascher Weise durch niederprocentuierte Lenigallolsalben (Lenigallol 0,5—5,0, Past. Zinci 100,0) geheilt werden. Gerade bei den akuten Ekzemen von impetiginösem, krustösen, nässenden Charakter, bei denen bisher alle reizenden, reaktiven Mittel als kontraindiziert angesehen wurden, zeigt sich die milde diskrete Heilwirkung des durch drei Essigmoleküle gebundenen Pyrogallols am schönsten.

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Vorteil des Lenigallols ist seine Ungiftigkeit. Da aus ihm die Pyrogallussäure nur auf den erkrankten Stellen und auch dort nur in minimalen Mengen frei wird, so ist eine Resorption von Pyrogallol in gröfseren Mengen ausgeschlossen. Ich habe denn auch anfangs in vorsichtiger Weise, später immer kühner, eine grofse Reihe von Patienten mit ausgedehnter Psoriasis und Ekzem mit hochprocentuierten Lenigallolsalben behandelt, ohne je die geringsten Vergiftungserscheinungen zu beobachten.

Bei der kurzen für einen Vortrag an dieser Stelle gegebenen Zeit mufs ich darauf verzichten, Krankengeschichten, die das Gesagte illustrieren könnten, wiederzugeben. Es genüge daher die Bemerkung, dafs meine Erfahrungen mit dem Lenigallol sich auf mehr als 100 Ekzemfälle basieren, unter denen eine Reihe von schweren, immer wieder recidivierenden Ekzemen sich befanden, die vorher wochen- und monatelang von anderen Spezialisten erfolglos behandelt worden waren.

Ich will indessen nicht unterlassen, zu bemerken, dafs dem Lenigallol auch Grenzen seiner Wirksamkeit bei den Ekzemen gesteckt sind. Die

derbe bindegewebige Infiltration langdauernder chronischer Ekzeme, als deren Repräsentant das Unterschenkelekzem mit Verdickung der ganzen Haut gelten kann, beeinflufst es nur wenig; bei diesen kann man des Teeres nicht entraten. Die Wirkungssphäre des Lenigallols ist auf die akuten und subakuten Ekzeme und diejenigen mit psoriatischem Habitus (seborrhoische sogen. parasitäre, follikuläre Ekzeme) beschränkt, deren anatomische Grundlage in einer oberflächlichen bindegewebigen Infiltration neben einer Hypertrophie der „Parenchymhaut" (KROMAYER) besteht. Weiterhin ist es nicht ratsam, das Lenigallol allzulange, viele Wochen hintereinander anzuwenden, wie das bei tiefen bindegewebigen Infiltrationen nötig wäre, da schliefslich doch die Haut mit Reizung antwortet. Die gröfsten Erfolge hat das Lenigallol in den ersten Tagen und Wochen seiner Anwendung.

Das Pyrogalloldiacetat ist in seinen Wirkungen sehr ähnlich dem Lenigallol; es steht indessen schon eine Stufe näher der reinen Pyrogallussäure, reizt die Haut mehr als das Lenigallol und ist vor allem wegen seiner Löslichkeit in dünnen Alkalien nicht ganz ungiftig, wie ich mich auch in einem Falle ausgedehnter Anwendung überzeugen konnte. Es würde indessen immerhin einen grofsen Fortschritt dem reinen Pyrogallol gegenüber bedeuten, wenn nicht das Lenigallol alle seine Vorzüge ohne seine Nachteile hätte. Damit wird es für die Praxis überflüssig.

Noch näher der reinen Pyrogallussäure steht das Eugallol, das Monoacetat des Pyrogallols. Ich würde es gar nicht in den Kreis meiner therapeutischen Versuche eingereiht haben, wenn es nicht eine hervorragende Eigenschaft besäfse: die dicksyrupartige Konsistenz. Diese ermöglicht eine direkte Aufpinselung des Mittels auf die erkrankten Hautstellen, der Bequemlichkeit halber nach Verdünnung mit Aceton, oder Chloroform, Äther, Alkohol, von denen das Aceton am meisten zu empfehlen ist. Der leichten Dosierbarkeit halber ist das im Handel als Eugallol erhältliche Produkt bereits mit 33 % Aceton verdünnt.

Man verordnet zum Aufpinseln z. B.:

Eugallol
Aceton aa 10,0.

Das Aceton verflüchtigt sich und das Eugallol bildet auf der Haut einen festen und doch elastischen Firnis. Die Wirkung des in dieser Weise angewandten Eugallols ist eine sehr bedeutende. Psoriatische Flecke, die einer wochenlangen Behandlung mit der üblichen 10 %igen Chrysarobinsalbe nicht weichen wollten, waren in wenigen Tagen wie wegrasiert von der Haut. Allerdings ist mit diesem eminenten Mittel nicht zu spafsen; in demselben Mafse, wie es rasch heilt, ruft es auch leicht Hautentzündungen hervor. Man hüte sich daher, es unnötig auf gesunde Haut aufzupinseln. Schon nach 24 bis 48 Stunden kann sich die gesunde Haut

röten und zum Aussetzen des Mittels zwingen. Die physikalische Beschaffenheit ermöglicht aber eben in Form der Pinselung eine Anwendung des Mittels ganz allein auf die psoriatisch erkrankten Stellen und auf diesen entsteht bekanntlich nur sehr schwer eine akute Entzündung und Reizung. Durch mehrmalige tägliche oder zweitägliche Aufpinselung mit Eugallol kann man aber auch nötigenfalls eine auf die psoriatische Stelle umschriebene seröse Entzündung hervorrufen, unter deren Einfluſs auch die hartnäckigsten Psoriasisflecke eingeschmolzen und weggetilgt werden. Das erreicht man besonders schnell, wenn man die eingepinselten Stellen, bevor sie ganz getrocknet sind, mit Zinkoxyd einpudert, bei dessen Gegenwart eine raschere Oxydation des Eugallols und eine noch heftigere Wirkung auf das Gewebe eintritt.

In der Hand des Dermatologen ist das Eugallol daher ein scharfes Schwert zur Vernichtung; dem praktischen Arzte zur allgemeinen Anwendung möchte ich es nicht empfehlen.

Auſser den Pyrogallolacetaten sind von Dr. VIETH noch die Benzoesäure, Zimmtsäure und Salicylderivate hergestellt, die zur Vervollständigung der Pyrogallolester von chemisch-wissenschaftlichem Interesse, weniger aber von praktischer Bedeutung sind, da sie alle in ihrem Anwendungswert hinter dem Lenigallol und Eugallol zurückstehen. Nur die Pyrogallolsalicylverbindungen bedürfen der Erwähnung. Es existieren deren zwei: Pyrogallolmonosalicylat und Pyrogalloldisalicylat. Ersteres etwa auf gleicher Stufe mit dem Pyrogalloldiacetat stehend erscheint daher in praktischer Beziehung überflüssig. Das Disalicylat oder Saligallol beansprucht aber ein praktisches Interesse.

Die Molekule sind im Saligallol noch fester miteinander verbunden als im Lenigallol. Wenn daher in dieser Beziehung das Saligallol etwa ein Konkurrent des Lenigallols sein könnte, so hindert es daran doch seine physikalische Beschaffenheit. Das Saligallol ist ein harziger fester Körper, der sich nur schwer in Salbenform verreiben läſst. Diese harzige Beschaffenheit eignet sich aber andererseits vorzüglich zur Herstellung von Firnissen. Etwa in 2 Teilen Aceton oder 15 Teilen Chloroform löslich, trocknet es fast momentan zu einem vorzüglich klebenden Firnis auf der Haut ein, der allerdings nicht im entferntesten die heilende Wirkung des Eugallols hat. Dafür fehlt ihm aber auch die stark entzündungserregende Eigenschaft dieses. Eine Mischlösung von Saligallol und Eugallol in Aceton ermöglicht daher, das stark wirkende Eugallol in der gerade erwünschten Koncentration zu applizieren und die reine Wirkung des Eugallols in beliebiger Weise abzuschwächen. Eine Mischung von:

Saligallol	2,0—15,0
Eugallol	1,0—40,0
Aceton	ad 100,0

trägt in dieser Beziehung allen Ansprüchen Rechnung. Im Handel ist als „Solutio Saligalloli" ein Präparat erhältlich, welches 66% Aceton enthält.

Die Derivate des Chrysarobins: Lenirobin und Eurobin.

In gleicher Weise wie das Pyrogallol ist von VIETH das Chrysarobin bearbeitet worden. Es sind indessen bislang nur die Essigsäurerester dargestellt worden, deren es drei giebt:

1. das Chrysarobinhexaacetat,
2. das Chrysarobintetraacetat oder Lenirobin,
3. das Chrysarobintriacetat oder Eurobin.

Genau wie beim Pyrogallol ist auch hier die Löslichkeit sowohl wie die medizinische Wirksamkeit um so mehr abgeschwächt, je mehr Essigsäuremoleküle mit dem Chrysarobin verbunden sind.

Das Hexaacetat ist ein gelbliches Pulver von ganz geringer Wirkung; ich habe etliche leichte chronische Ekzeme, ein Erythrasma und einen Herpes tonsurans damit geheilt; doch braucht man zu lange Zeit damit. Es kann jedenfalls die Konkurrenz anderer wirksamer therapeutischer Mittel nicht bestehen.

Ganz anders wirkt schon das Lenirobin. Es verhält sich zum reinen Chrysarobin (das im Handel befindliche ist übrigens nach den Untersuchungen VIETHS selten rein) etwa wie das Lenigallol zur Pyrogallussäure. Es reizt die normale Haut weit weniger als das Chrysarobin, während seine reaktiven Eigenschaften zum mindesten ebenso kräftig sind wie die des Chrysarobins.

Dabei hat es noch den Vorteil, in der Wäsche keine unaustilgbaren Flecke zu machen, weil das Chrysarobin nur in unmittelbarer Berührung mit der erkrankten Haut frei wird, während das in die Leibwäsche mit der Salbe gelangende unzersetzt bleibt und daher ausgewaschen werden kann. Eine Zeit lang glaubte ich auch, dafs es keine Conjunctivitis machen könne, und ich habe es bei einer Reihe von Fällen ohne alle Vorsichtsmafsregeln im Gesicht angewandt. Schliefslich entstand doch bei einer psoriatischen Patientin, die die Salbe unmittelbar an die Conjunctiva auf die unteren Augenlider geschmiert hatte, eine mäfsige Entzündung der Conjunctiva. Jedenfalls hat das Lenirobin diese unangenehme Eigenschaft in weit geringerem Grade als das Chrysarobin selber. Das Lenirobin ist daher berufen, das Chrysarobin bei allen leichteren chronischen Hauterkrankungen zu ersetzen (leichtere Fälle von Psoriasis, chronische Ekzeme, Herpes tonsurans etc.) und auch seitens der praktischen Ärzte in gröfserem Umfange angewandt zu werden.

Weit kräftiger wie das Lenirobin wirkt nun das Eurobin, das dem Eugallol entsprechende niedrigste Acetat des Chrysarobins. Ebenso wie das Lenirobin in Wasser zwar unlöslich, löst es sich im Gegensatz zum Chrysarobin leicht in Chloroform, Essigsäure, Aceton, Äther. Die Essigsäuregruppe wird sehr leicht aus der Verbindung abgespalten.

Es erzeugt daher ebenso leicht wie das Chrysarobin Hautentzündungen, ist ihm aber dafür auch in seiner reaktiven Wirkung auf chronisch entzündete Haut überlegen. Geringer procentuierte Eurobinsalben dürften daher die gleiche Heilwirkung wie höher procentuierte Chrysarobinsalben haben, ohne doch in gleichem Maſse die Haut zu reizen. Denn es wird bei ihm, ebenso wie beim Lenirobin, das Chrysarobin erst durch den Kontakt mit der Haut frei; dadurch erregt es auch weniger leicht Conjunctivitis und beschmutzt gar nicht oder nur wenig die Wäsche durch unaustilgbare Flecke.

Hervorragend wirkt nun aber das Eurobin als Pinselung in Aceton oder Chloroform gelöst, wobei als Firnis am besten Eugallol, oder wenn eine starke Pyrogallolwirkung nicht erwünscht ist, das schwach wirkende Saligallol benutzt wird.

Eugallol	10,0—50,0
Eurobin	1,0—20,0
Aceton oder Chloroform	ad 100,0

giebt beim Aufpinseln auf die Haut einen gelblich durchsichtigen Überzug, in dem, wie die Transparenz und die mikroskopische Untersuchung zeigt, das Eurobin im Eugallol gelöst ist; hier wirken also Pyrogallussäure und Chrysarobin in höchster Potenz vereinigt, während die folgende Zusammensetzung, die fast momentan nach dem Aufpinseln einen Firnis giebt, wesentlich Chrysarobinwirkung besitzt:

Saligallol	5,0—10,0
Eurobin	1—20,0
Aceton oder Chloroform	ad 100,0

Die reaktive Wirkung dieser Firnisse ist eine sehr groſse. Es ist mir zuweilen gelungen, durch eine einzige Pinselung nicht allzufeste psoriatische Flecke vollkommen zu beseitigen.

Resorcin und seine Derivate: Resorcinmonoacetat, Resorcindiacetat, Resorcinmonosalicylat, Resorcindisalicylat.

Von diesen vier bisher untersuchten Resorcinderivaten beansprucht das Resorcinmonoacetat oder Euresol wegen seiner physikalischen Beschaffenheit das meiste Interesse. Das Euresol stellt eine angenehm riechende, dickflüssige, honiggelbe, durchsichtige Masse dar, welche sich leicht verreiben läſst.

Obgleich ich mit den Resorcinderivaten, insbesondere mit dem Euresol

über 60 Fälle von Acne vulgaris, Rosacea, Sykosis simplex, Seborrhoe, seborrhoischen Ekzemen und verwandten Krankheiten behandelt und gute, zum Teil vorzüglich schnelle Resultate erhalten habe, so bin ich doch noch nicht zu einem abschliefsenden Urteil gelangt darüber, wann, in welcher Form und welchen Krankheiten gegenüber das Euresol nicht nur besser wirkt als das Resorcin allein, sondern ob es auch eine erste Stelle in der Behandlung überhaupt einnehmen soll und somit einen thatsächlichen Fortschritt in der Therapie bildet, wie es bei den Pyrogallol- und Chrysarobinderivaten sicher der Fall ist.

Das liegt einmal in dem Umstande, dafs das Resorcin überhaupt viel weniger prägnante Wirkungen hat als das Pyrogallol und das Chrysarobin, deren heilende Wirkung bei chronischen Flechten, besonders der Psoriasis, nicht nur genau bekannt, sondern in jedem einzelnen Falle sehr gut abschätzbar ist, während die Krankheiten, bei denen das Resorcin angewandt wird, klinisch viel weniger charakterisiert sind als jene chronische Flechten, so dafs also auch der Heileinfluſs auf sie viel schwerer abschätzbar ist. Es kommt jedoch noch hinzu, dafs bei diesen Krankheiten das Resorcin nicht das alleinige und erste Mittel ist, wie die Pyrogallussäure und das Chrysarobin bei der Psoriasis, sondern, dafs neben ihm noch eine Reihe guter Mittel — unter denen ich den Schwefel, die grüne Seife, das Quecksilber nenne — existieren, deren Konkurrenz bei Prüfung der Resorcinderivate ebenfalls zu berücksichtigen ist.

Aus allen diesen Gründen möchte ich über die Grenzen des Fortschrittes in der Therapie, der durch die Resorcinderivate erreicht werden kann, heute noch mit meinem Urteil zurückhalten und nur hervorheben, dafs die ölige Beschaffenheit des Euresols eine sehr bequeme und sichere Anwendung auf dem behaarten Kopfe und im Barte ermöglicht, insbesondere in Form von Acetonlösungen.

Soviel glaube ich aber heute schon sagen zu dürfen, dafs das Euresol sicherlich wert ist, einer sorgsamen Prüfung in therapeutischer Hinsicht. Ich würde mich daher freuen, wenn diese Mitteilung den einen oder anderen von Ihnen, meine verehrten Herren Kollegen, zur Prüfung anregen würden.

Zusammenfassung.

Gestatten Sie mir nun noch meine Herren, die Fortschritte in therapeutischer Hinsicht, die ich durch die neuen reaktiven Mittel erreicht glaube, zusammenzufassen unter folgenden drei Gesichtspunkten:

1. Das Lenigallol und Lenirobin stellen Präparate dar, die in ihrer Heilwirkung auf Flechten den Ursubstanzen: Pyrogallussäure und Chrysarobin zum mindesten gleichwertig sind; dagegen in viel geringerem Mafse

oder gar nicht haben sie ihre unangenehmen Eigenschaften und Wirkungen: Giftigkeit, Hautreizung, Conjunctivitis, Beschmutzung der Wäsche durch unaustilgbare Flecke. Sie sind daher berufen, Pyrogallol und Chrysarobin ganz allgemein zu ersetzen, und können auch dem praktischen Arzte zu ausgedehnter Anwendung empfohlen werden.

Das Lenigallol ist ein ausgezeichnetes Heilmittel für akute und subakute Ekzeme, besonders auch der Kinder.

2. Das Eugallol und Eurobin sind die stärksten, bisher bekannten reaktiven Mittel, denen die unangenehmen Eigenschaften der Ursubstanzen, wenn auch in geringerem Maſse, eigen sind. Sie sind deshalb, gleich diesen, mit Vorsicht anzuwenden, können aber in der Hand des erfahrenen Praktikers und Spezialisten so schnelle Heilwirkung erzeugen, wie sie bisher nicht bekannt war.

3. Das Saligallol, an sich von schwacher Pyrogallolwirkung, erhält seine Bedeutung durch seine harzige Konsistenz, derzufolge es einen vorzüglichen Hautfirnis darstellt, der als Träger besonders für Eugallol und Eurobin, dann aber auch für alle anderen Medikamente dienen kann.

Ich glaube, Ihnen, m. H., diese neuen Heilmittel mit gutem Gewissen zur Anwendung und Nachprüfung empfehlen zu können. Freilich werden sicherlich bei einer Nachprüfung nicht genau dieselben Resultate erzielt werden, zu denen ich gekommen bin, aber ich hoffe andererseits, daſs sie nicht allzusehr von den meinigen abweichen werden. Durch wiederholte kritische Prüfung werden die ungünstigen Eigenschaften besser erkannt und vermieden werden, die guten aber in hellerem Lichte erglänzen. In dieser Hoffnung möchte ich die neuen Heilmittel an Ihr dermatologisches Herz legen.

Aus der Praxis.

Zwei kardinale Punkte bei der Behandlung des akuten Trippers.

Von

P. G. Unna.

Es ist sehr unmodern, über die Injektionstherapie beim akuten Tripper, soweit sie mit der einfachen Trippersprize vom Patienten selbst auszuführen ist, viele Worte zu verlieren. Unter den alten Ärzten galt es für eine relativ einfache Sache, mit dem akuten Tripper, falls man denselben in den ersten Tagen in Behandlung bekam, bald und radikal

fertig zu werden. Diese naiven Zeiten sind vorbei; die Prognose hat sich für jeden Fall und vom ersten Tage an verdüstert, um nicht zu sagen: verschlechtert. Die tiefere wissenschaftliche Einsicht in den Prozefs hat nicht, wie sie eigentlich sollte, die Therapie verbessert und vereinfacht, sondern im Gegentheil kompliziert und ist aus der Hand des Patienten allmählich grofsenteils in die des Arztes übergewandert.

Ich habe nun schon auf fachmännischen Versammlungen mehrfach in der Diskussion darauf hingewiesen, dafs zum Teil die düstere und unsichere Prognose auch der akuten und erstmaligen Tripperinfektionen auf einem technischen Fehler der gewöhnlichen Injektionstherapie beruht, welcher leicht zu vermeiden ist. Ich bin von Jahr zu Jahr mehr in der Überzeugung bestärkt worden, dafs sehr viele chronischen und hartnäckigen Tripper garnicht existieren würden, falls man anfangs diesen Fehler vermieden hätte.

Der Fehler liegt in der blofs täglichen Injektionsbehandlung. Man mache sich doch einmal folgendes klar:

Bei Tage uriniert der Patient mehrmals täglich und reinigt damit seine Urethra so gut, wie es nur irgend eine Injektion vermag; bei Nacht fällt diese natürliche Reinigungsart fort.

Bei Tage verbleibt die Urethra in einer nur mäfsig warmen Umhüllung; im Bette wird sie künstlich auf Bluttemperatur erhitzt. Sollte dieser Umstand die Eiterung nicht gerade so anregen, wie etwa die Sekretion eines nässenden Ekzems?

Bei Tage wird die Blase zur richtigen Zeit entleert; bei Nacht stagniert der Urin in der Blase und die höheren Anforderungen, welche die gröfsere Füllung an den Schliefsmuskel stellt, irradiiert auf die benachbarten Muskelgruppen uud führt zu Erektionen mit ihrem anerkannt schädlichen Einfluls auf den blennorrhoischen Prozefs.

Alle diese schädigenden Umstände treffen für die Nachtzeit zusammen. Ein jeder Laie und Arzt kennt sie aus Erfahrung und weifs, dafs die notwendige Folge davon eine Sekretvermehrung in der Urethra während der Nacht und eine Verschlechterung des Zustandes gegenüber demjenigen am Abend vorher ist. Und doch beruhigen sich fast alle Ärzte mit der unzweckmäfsigen Verordnung, während des Tages drei- bis viermal in die Urethra zu injizieren. Demgemäfs ist dann auch die Heilungskurve keine stetig abfallende, sondern eine regelmäfsig remittierende, deren Erhebungen auf die Morgenstunden fallen, und dadurch überhaupt eine viel längere und langsamer zur Abscisse abfallende, als es nötig wäre.

Die Besserung wird sofort eine stetige, wenn der Patient seine Bequemlichkeit überwindet und Nachts zweimal, etwa um 1—2 und 4 bis 5 Uhr aufsteht, um zu injizieren. Wo der einfache Wille nicht ausreicht, wird eine Weckuhr zu Hülfe genommen. Mir ist in den vielen Jahren,

seitdem ich dieses Prinzip konsequent durchführe, nicht ein Patient vorgekommen, welcher die nächtlichen Injektionen verweigerte, nachdem ihm die Gründe für diese klar gemacht waren.

Die ganze Verordnung heifst also einfach für einen ganz frischen Fall: zweistündlich injizieren, Tag und Nacht durch. Diese Verordnung besteht so lange, bis Morgens kein Sekrettropfen an der Mündung mehr vorhanden ist. Dann lautet sie für die nächste Woche: dreistündlich injizieren, Tag und Nacht durch. Bleibt dabei alles gut wie zuvor, so wird noch eine Woche vierstündlich, eine Woche fünfstündlich und eine Woche sechsstündlich regelmäfsig injiziert, dann eine Woche acht, eine zwölfstündlich und eine einmal täglich. Ich nenne diesen Modus der Injektion: sich aus der Behandlung ausschleichen und er ist basiert auf der alten Erfahrung, dafs eine möglichst lange Karenzzeit sowohl gegen Recidive wie gegen frische Infektionen das beste Prophylacticum ist. Ist der Tripper von vornherein sehr milde, so kann man gleich mit dem dreistündlichen oder vierstündlichen Intervall für die Injektionen beginnen, aber man verteile die Zeiten immer regelmäfsig und schone niemals den Schlaf der Patienten.

Am Ende der ersten Woche sind selbst sehr schläfrige Patienten mit diesem Behandlungsmodus einverstanden und sehr zufrieden, da sie die stetige Besserung ohne schwankende Morgenbefunde sehen und das Bewufstsein haben, dieselbe ihrer fleifsigen Mitarbeit zu verdanken. Schon am Ende der ersten Woche ist bei einer zweckmäfsig gewählten Injektionsflüssigkeit (z. B.: Zinci sulfocarbolici 1,0, Resorcini 4,0, Aq. foeniculi 200) kein Morgensekret mehr vorhanden, spätestens Ende der zweiten Woche und die nächsten Wochen bei der allmählich abnehmenden Injektionsarbeit fühlen sich die Patienten völlig gesund und werden eben nur durch die Injektionen zweckmäfsiger Weise daran erinnert, dafs sie sich noch als Rekonvalescenten zu betrachten haben.

Die beiden wichtigen Punkte in der Injektionstherapie des frischen Trippers lauten mithin: Sofortiger Beginn und strikte Durchführung der Injektionen tags und nachts in regelmäfsigen Intervallen und langsames Ausschleichen aus dieser Behandlung.

Versammlungen.

VI. Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Abgehalten zu Straſsburg i. E. vom 31. Mai bis 2. Juni 1898.

Originalbericht von Dr. Hahn-Bremen.

Der Kongreſs war von ca. 150 Mitgliedern besucht. Vor Eintritt in die Verhandlungen begrüſst Prof. Wolff-Straſsburg die Erschienenen und teilt mit, daſs die Gesellschaft sich durch Neuanmeldung um 60 Mitglieder vermehrt hat, während fünf Mitglieder verstorben sind. Es fanden sodann die offiziellen Begrüſsungen seitens der Kaiserlichen Regierung und der Stadt Straſsburg, sowie durch Prof. Madelung seitens der Medizinischen Fakultät der Universität statt. Es wurde sodann in die Verhandlungen eingetreten. Das Präsidium des ersten Tages führte morgens Pick, als Ehrung in Anbetracht seines 25jährigen Jubiläums.

Auf der Tagesordnung stand zunächst das Referat Toutons: **„Über Ätiologie und Pathologie der Akne."** Vortragender gipfelt in seinen Ausführungen darin, daſs die Gruppe von Krankheiten, die wir als Akne zu bezeichnen pflegen, nicht begründet ist. Nach pathologisch-anatomischem Prinzip betrachtet, sind die Aknekrankheiten entzündliche zur Eiterung tendierende primäre Affektionen der Haarbalgfollikel mit vorwiegender Beteiligung der Talgdrüsen. Daneben steht eine nicht immer scharf abgrenzbare Gruppe von Erkrankungen mit vorwiegender Beteiligung des Haarbalges: Follikulitiden im engeren Sinne. Auf Grund dieser Definition sind eine ganze Reihe von Erkrankungen auszuschlieſsen, wie z. B. Seborrhoea oleosa, Seborrhoea sicca, Acne comedo, Molluscum atheromatosum, Acné miliaire, Acné varioliforme, Molluscum contagiosum, Acne cornea, Acné décalvante, Ulerythema sycosiforme, Acne keloidea etc. etc., ebenso die Tuberkuliden Dariers, die Acnitis und Folliclis. Vorläufig gehören zur Akne, während die Mentagre als Typus der Follikulitiden im engeren Sinne anzusehen ist, nur die Jod- und Bromakne, die Teer- und Öl- etc. Akne und die Acne vulgaris, juvenilis disseminata, die besteht in einer angeborenen Disposition der Haut, deren Wesen uns nicht bekannt ist, verbunden mit einem während der gesteigerten Funktion des Haarbalgapparates in der Pubertätszeit zu Tage tretendem Miſsverhältnis zwischen Produktion des Hauttalges und der Möglichkeit denselben auszuscheiden. Daſs es ein spezifisches Aknevirus giebt, ist weder anzunehmen noch nachgewiesen. Auſserdem giebt es eine Menge äuſserer und innerer Gelegenheitsursachen, die das Zustandekommen der Akne begünstigen.

Veiel als Korreferent über **„Therapie der Akne"** legt Wert auf die Behandlung etwa vorhandener innerer Leiden, auch wenn ihr Zusammenhang mit der Akne nicht sichergestellt ist. Bei heruntergekommenen Patienten findet man eine erhöhte Disposition zur Aknebildung, daher ist Hebung des Allgemeinbefindens in den Vordergrund zu stellen: Eisen, frische Luft, Sorge für Schlaf, für Bewegung; Nahrungsstoffe mit freien Fettsäuren sind zu meiden, Alkohol ist weniger schädlich. Chronische Verstopfung und Genitalaffektionen sind zu beseitigen. Spezifische innere Mittel giebt es nicht. Vortragender schlägt vor, die Wäsche oft zu wechseln und zu desinfizieren. Die Seborrhoe ist zunächst zu heilen durch Schmierseife und Liq. carbon. detergens. Seine Behandlung bezweckt zunächst möglichst rasche Erweichung und Entleerung der Knoten durch graues Quecksilberpflaster. Kommt man damit nicht

aus, so greift man zur Schälmethode, vor allem Resorcin und β-Naphtol. Später kommt Schwefel und zwar in einer Form, in welcher er als trockenes Pulver auf der Haut zu liegen kommt.

In der Diskussion will Isaac die Brom- und Jodakne wie alle artifizielle Akne ausschliefsen; auch er glaubt nicht an ein spezifisches Virus. Therapeutisch empfiehlt er das Resorcin, für dessen Empfehlung er die Priorität vor Unna beansprucht. Er empfiehlt die Ätzung der Knoten mit reiner Karbolsäure. Wolff betont die Heredität der Akne. Hammer spricht über die Beziehungen zur Pubertät, die sicher vorhanden sind; es besteht eine gewisse körperliche Minderwertigkeit, dazu kommen die gröfseren Anforderungen des Berufs in der Wachstumsperiode. Bewegung mufs reichlich sein. Die Hypersekretion ist auf nervöse Einflüsse zurückzuführen. Hauptursache sind vasomotorische Stauungen: Menses, Hyperidrosis pedum, chronische Obstipation. Blaschko hat ätiologische Studien über Bromakne gemacht. 23% von 514 mit Brom behandelten Patienten bekamen Akne. Die anatomischen Verhältnisse der Haut konnten nicht festgestellt werden. Die Ausscheidung durch den Urin war bei Befallenen und Nichtbefallenen gleich. Im Eiter war Brom nachzuweisen. Mikroorganismen waren vorhanden, z. B. stets Staphylococcus albus. Behrend weist auf eine seiner alten Arbeiten hin, dafs der Acne sebacea, die durch Verstopfung der Drüsen durch abgestofsene eingerollte Lanugohärchen bedingt wird, stets durch Blutstauung eine entzündliche Acne vulgaris folge. Kaposi spricht zunächst über die seltene von ihm als Acne urticata beschriebene Erkrankung. Das Wesen der Akne sieht er in einer zu reichlichen Umwandlung der von den Talgdrüsen abgesonderten Epidermiszellen in Fett; daneben besteht eine Erschlaffung des Tonus der Talgdrüsen, und meist allgemeine Ernährungsstörungen. Therapeutisch empfiehlt er den Seifenspiritus als Schälmittel, ist gegen Naphtol. Von Bromakne sah Neumann einen letal verlaufenden Fall mit Knoten auf der Magenschleimhaut. Barlow empfiehlt Dampfbäder. Herxheimer sah zwei Fälle von Chlorakne. Neisser meint, ob nicht doch eine Ausscheidung von Fremdstoffen durch die Drüsen die Akne hervorruft und ob nicht eventuell vegetabilische Kost zu empfehlen sei. Man solle die Frage der Autointoxikation mehr bearbeiten. Saalfeld demonstriert seinen Apparat zur Verdampfung von Medikamenten auf der Gesichtshaut in einem mit heifsem Wasser erwärmten, das Gesicht bedeckenden Doppeltrichter. Meissner möchte unterscheiden zwischen interner Akne durch Infektion von Seiten des Darms, durch Medikamente etc., und externe durch Infektion von aufsen. Sack lobt das Ichthalbin. Joseph weist auf die oft bestehende Indicanurie hin, gegen die er Menthol empfiehlt. Chotzen lobt alkalische Wässer zur Durchspülung des Körpers. Kopp ist für Bewahrung der geheilten Fälle vor Recidiven durch fortgesetzte sorgfältige Reinlichkeit. Touton bedauert im Schlufswort, dafs über die Mikroorganismen nichts gesagt sei. Veiel verwirft Massage und Dampfbäder, um den Akneerreger nicht von einer Stelle an die andere zu reiben.

Das Präsidium übernimmt sodann Doutrelepont.

Stravino hält einen Vortrag über **Acne rosacea** (italienisch).

Buschke **„Über menschliche und tierische Sprofspilzmykosen"** (**Blastomykosis**). Diese Krankheiten nehmen eine Mittelstellung zwischen den durch Schimmelpilze bedingten Mykosen und den infektiösen Granulationsgeschwülsten ein. Die Haut spielt die Hauptrolle für die Krankheitserreger, sie ist die wichtigste Eingangspforte, doch giebt es auch primäre Intestinalmykosen. Es giebt verschiedene Arten pathogener Sprofspilze, die zu den Saccharomyceten und Oidien gehören. Diese sind aber als Urheber der malignen Geschwülste und vieler epithelialer Hauterkrankungen durch nichts erwiesen. Vortragender schildert die von ihm beobachteten drei Fälle.

Caspary: „**Über Dermatitis exfoliativa universalis.**“ Vortragender sah drei Fälle, zeigt das Bild des einen eines vierjährigen Kindes und glaubt daraufhin eine eigenartige Dermatitis exfoliativa universalis bei Erwachsenen aufstellen zu müssen, die nichts mit Pityriasis rubra, oder Arzneiexanthemen, oder den im Verlauf von Psoriasis und Lichen ruber auftretenden universellen Dermatitiden zu thun hat. Havas hält einen von ihm beobachteten Fall nicht für eine besondere Krankheit, sondern für abnorme Reizbarkeit der Haut. Kaposi erinnert daran, dafs bei der Geburt des Kindes durch die Änderung des Kreislaufs die Gefäfse des Papillarkörpers plötzlich ektatisch werden, dabei giebt es eine Serumausscheidung und infolge dessen hebt sich die gelockerte Epidermis ab. Ähnliche Zustände können bei Lichen ruber und Psoriasis vorkommen. Er sah einen dem vorgezeigten Falle Casparys identischen bei einem 6jährigen Kinde, welches sich nach 10 Jahren als mit echter Psoriasis behaftet erwies. Pick hält die Dermatitis exfoliativa neonatorum für eine Krankheit sui generis, da sie epidemisch ist und sehr akut verläuft. Arning bestätigt dies, da er noch vor drei Jahren in Hamburg eine Epidemie sah, ebenso Rille, der Photographien vorzeigt.

Sternthal: **Demonstration eines Falles von strichförmiger Hauterkrankung der rechten oberen Extremität (Ekzem?).** Er betont, dafs in den Voigtschen Grenzlinien aufser Naevis auch andere Erkrankungen von ekzematösem oder lichenoidem Typus vorkommen. Dies giebt auch Jadassohn jetzt zu. Touton sah ebenfalls wieder einen neuen Fall am Bein, dessen Abbildung er zeigt. Blaschko hält den vorgestellten Fall für Psoriasis und betont, dafs die Lokalisation dieser Efflorescenzen nicht immer den Voigtschen Grenzlinien entspreche.

Kromayer: „**Einige neuere reduzierende Heilmittel.**“ Vortragender schildert die von ihm versuchten, von Knoll in Ludwigshafen dargestellten Ester des Pyrogallols, Chrysarobins und Resorcins, und zwar vor allem die Acetate: Eu- und Lenigallol, und Eu- und Lenirobin, sowie Euresol genannt. Veiel und Sack stimmen bei. (Original s. pag. 11 in diesem Heft.)

Am zweiten Verhandlungstage unter dem Präsidium von Caspary und Dubois-Havenith begann die Sitzung mit einer Demonstration Veiels eines Falles von **Pruritus** mit Knötchen; es handelt sich um eine sehr kachektisch aussehende, ikterische Dame von ca. 50 Jahren. Joseph sah einen ähnlichen Fall, der bei der Sektion ein Pankreascarcinom hatte. Eventuell sei auf Pentosurie zu achten. Kaposi betont, dafs bei längerem Kratzen Hauteffloreszenzen auftreten von einfacher Urticariaquaddel bis zum Lichen. Diesen Fall hält er für einfachen Pruritus cutaneus, bedingt möglicherweise durch ein internes Neoplasma. Pick glaubt an eine cutane Neurose, urticariaartig, nimmt als Ursache Malaria an. Arning unterscheidet zwischen Pruritus der welken Haut (ohne Urticariaeffloreszenzen) und solchem der Haut, die noch Turgor hat. Weidenhammer betont, dafs bei der gelben Race bei Malariakachexie Lichenifikationen oft vorkommen.

A. Neisser: **Blennorrhoe-Therapie und Protargol.** Der Vortrag Neissers brachte eine Präzisierung seines Standpunktes, dafs die einzig richtige Behandlung der Blennorrhoe die antibakterielle sei, dies sei beim Manne durch die klinische Beobachtung erwiesen und auch beim Weibe möglich. Unter den brauchbaren Medikamenten nehmen die erste Stelle ein die Silbersalze, von denen am reizlosesten wirken Argonin und Protargol, sie sind für das akute Stadium geeignet; für chronische verschleppte Fälle pafst das stärker reizende Argentamin. Als Nachbehandlungsmittel ist das Argentum nitricum brauchbar, da es gleichzeitig adstringierende Eigenschaften hat: die antibakterielle Frühbehandlung schliefst die interne Behandlung und die Verwendung der Adstringentien im späteren Stadium nicht aus. Die Behandlung der

akuten Fälle geschieht am besten durch prolongierte Injektionen mittelst grofser Spritzen, und zwar vor allem eignet sich hierfür das Protargol. Die schnelle und sichere Heilung der akuten Blennorrhe verhütet am besten die schwer heilbaren chronischen Formen. Zur Prophylaxe der Blennorrhoe sollte man suchen, die Blokusewskischen Einträufelungen zu verallgemeinern.

Leider platzten bei der Diskussion über dieses Thema die schon vorher durch mancherlei Publikationen erhitzten Gemüter recht heftig aufeinander. Zunächst erhebt sich Behrend, verwahrt sich gegen den Vorwurf, ausfallend gewesen zu sein, und giebt seine Krankengeschichten herum, aus denen hervorgeht, dafs von seinen 16 mit Alaun behandelten frischen Blennorrhoefällen 13 geheilt sind, während von den 29 mit Protargol behandelten nur 3 geheilt sind. Er weist darauf hin, dafs die verschiedenen Resultate anderer Autoren sich vielleicht daraus erklären lassen, dafs zeitweilig von der Fabrik statt des alkalischen Protargols ein saueres Produkt in den Handel gebracht sei.

Sedlmayr: **Fortschritte der Blennorrhoebehandlung seit dem Prager Kongrefs 1889.** Die betreffenden Fortschritte knüpfen sich an die Arbeiten und Veröffentlichungen Neissers, Oberlaender-Kollmanns, Janets. Habtung hält auf Grund seiner Erfahrungen am Allerheiligenhospital die weibliche Blennorrhoe für heilbar. Galewski führt die schlechten Erfahrungen Behrends mit dem Protargol darauf zurück, dafs er Fälle von 3—6-wöchentlichem Bestehen damit behandelte. Das Protargol eignet sich vor allem zur Frühbehandlung; die prolongierten Injektionen werden fast immer gut vertragen; Vortragender lobt vor allem Spülungen nach Janet mit Protargol $^1/_4$—$^1/_2$ %.

R. W. Frank, **Zur Prophylaxe des Trippers,** lobt das Verfahren analog Blokusewski, 20% Protargol Glycerin in die Urethralmündung zu träufeln; davon konnte er sich in sechs Doppelversuchen überzeugen, die er an mit blennorrhoischem Eiter geimpften Individuen anstellte.

Neuberger: **Über Filamentuntersuchungen bei chronischer Blennorrhoe.** N. erleichterte sich die Untersuchungen dadurch, dafs er in den Filamenten erst gewisse alveoläre Gebilde aufsuchte, die nach seiner Meinung den Inhalt der Drüse darstellen und in ihrer Mitte meist die Gonokokken enthalten. Da man so oft noch Gonokokken findet, die man sonst übersieht, so wird das Stadium non infectiosum der Blennorrhoe nicht minder als die Pseudoblennorrhoe hierdurch eingeschränkt. Joseph legt auf frühzeitige Behandlung der Blennorrhoe Wert, die man schon 6 bis 30 Stunden nach der stattgehabten Infektion nachweisen kann. Kopp sah negative Resultate vom Protargol und ist daher pessimistisch im Punkte des Ehekonsenses; er empfiehlt gute Prophylaxe. Benario machte Experimente an Fischen, die er in verschiedene Silberlösungen setzte und die in den stärkst reizenden Lösungen zuerst zu Grunde gingen. Beachtenswert ist seine Anregung, nach dem Protargol eine 1—2%ige Natriumhyoposulphitlösung zur Milderung der Reizung einzuspritzen. Doutrelepont steht auf Neissers Standpunkt, empfiehlt zur Behandlung der weiblichen Urethralblennorrhoe eine 20%ige Argoninlösung. Auch Jadassohn betont die Übereinstimmung seiner Ansichten mit denen Neissers. Von 300 Prostituierten hatten bei ihrer Wiederaufnahme in die Klinik 120 keine Blennorrhoe mehr. Es folgt eine kleine persönliche Diskussion zwischen ihm und Kromayer. Blaschko betont die Wichtigkeit der Statistiken über die Untersuchung der Prostituierten. Barlow sah gute Resultate vom Protargol, Havas dagegen schlechte; er plaidiert vor allem für operative Behandlung der weiblichen Blennorrhoe der Adnexe, besonders in der Arbeiterpraxis.

Das Präsidium der Nachmittagssitzung führten Lesser und Veiel. Wossidlo will alles endoskopisch geheilt sehen, ehe er den Heiratskonsens erteilt; wo die anti-

bakterielle Therapie nicht zum Ziele führt, da muſs man dehnen. Behrend verwahrt sich gegen persönliche Angriffe und schiebt alle Schuld nochmals auf die Fabrik, die ein schlechtes Protargol versandt hat (die von ihm vorgeführten Reaktionen werden übrigens von dem anwesenden Vertreter der Fabrik als nicht beweisend anerkannt). Bruder weist auf die Wichtigkeit der Behandlung der Urethralblennorrhoe beim Weibe hin und empfiehlt, die Prostituierten selbst zur Prophylaxe anzulernen. Dies hält Blaschko für verkehrt, weil dadurch der Nutzen der Kontrolle illusorisch werde. Schuster will beim Heiratskonsens die individuellen Verhältnisse berücksichtigt wissen, um nicht Selbstmörder oder wenigstens Neurastheniker zu bilden. Galewski legt der Endoskopie für den Heiratskonsens nicht viel Wert bei, van Hoorn hält sie zur Kontrolle für nützlich. Neisser betont im Schluſswort nochmals seinen Standpunkt, zu bedauern sei, daſs das saure Protargol von der Fabrik losgelassen sei; die prolongierten Einspritzungen wirken so gut, weil sie nicht so oft gemacht zu werden brauchen.

Glück schildert **einen Fall von Xeroderma simplex, einen Fall von Tuberculosis cutis framboesiformis** (Lupus verschiedener Form) und **zwei Fälle von Pellagra.**

Kuznitzky zeigt das **Modell der Urethralschleimhaut eines sechsmonatlichen Foetus.**

Georg Müller demonstriert **eine doppelläufige Spülkanüle, einen Desinfektionsapparat für Katheter** und **ein Aufbewahrungsinstrument aus weichem Gummi für Katheter,** welches man bequem in der Tasche mittragen kann.

Sodann folgen die Vorführungen mittelst des **Scioptikums:** Heller zeigt **Nägel** und **Nagelerkrankungen,** Joseph verschiedene **mikroskopische Präparate.**

Während die bisherigen Sitzungen im Bürgermeisteramt stattfanden, fand die Sitzung des 2. Juni, vor allem der Demonstration von Fällen gewidmet, im Hörsaal der chirurgischen Klinik statt. Das Präsidium führte Touton, später Neisser. Die vorgestellten Fälle waren durchweg interessant, die daran geknüpften Diskussionen lehrreich.

Sternthal zeigte einen von Unna für Ulerythema ophryogenes erklärten Fall; hier wurde derselbe für Lupus erythematodes erklärt. Fabry zeigte eine Purpura haemorrhagica nodulosa, der von Wolff für Angiokeratom erklärt wurde. Kneis demonstrierte einen Lupus erythematodes am Arm, Sack einen sehr interessanten Fall von gekreuzter Hyperidrosis, Levy einen Patienten, der eine schwere Lungensyphilis überstanden hatte, deren Residuen noch jetzt perkutorisch und auskultatorisch nachzuweisen sind. Baer hatte einen Fall von Atrophia cutis, Wolff eine Porokeratose; derselbe zeigte eine Lepra anaesthetica, bei der er Bacillen im Blut fand. Da der Patient Verdickungen der Ohren und Nase zeigt, so hält Arning den Fall für Lepra mixta. In solchen Fällen fand Neisser Bacillen an ganz gesunden Hautstellen, Doutrelepont solche im Blutcoagulum des Herzens. Sodann demonstriert Wolff seine sehr instruktive Acanthosis nigricans und einen Fall von strichförmigem Naevus am Schenkel, Jacobi einen schönen Fall von Darierscher Krankheit. Freund spricht über Dermographismus, den er bei Schwangeren und genitalkranken Frauen stets fand, auſser bei Amenorrhoischen und nach dem Klimakterium, so daſs man ihn wohl mit den Funktionen der Ovarien in Zusammenhang bringen muſs. Derselbe zeigt einen Fall, bei dem sich nach Amputation des Uterus zahlreiche Naevi und Papillome entwickelt hatten. Blaschko zeigt Präparate von Schweiſsdrüsenadenom; Heuss (Zürich) hatte Fälle gesandt, die durch Reichel demonstriert werden: Ichthyosis an den Beugeseiten und am Hals, Hutchinsonsche Summereruption, Lupus erythematodes geheilt durch Chinin. Adriani zeigt einen Fall von

Dermatitis bullosa non hereditaria: durch Kneifen und sonstige ganz leichte Traumen entstehen hämorrhagische Blasen; derselbe Folliculitis nuchae sclerotica, Neurofibrom, Xantelasma. JACOBI zeigt ein Lymphangioma circumscriptum multiplex des Schenkels.

Sodann sprach MADELUNG über die von ihm geübte Methode der **Karbunkelbehandlung**, welche leicht auszuführen ist und stets Heilung bringt; er umschneidet den Karbunkel zungenförmig, hebt den ganzen Lappen von seiner Unterlage ab und tamponiert lose; in einigen Tagen stöfst sich alles Nekrotische ab. ARNING behandelt Ulcus molle mit Heifswasserspülungen mit gutem Erfolge. KRÖSING empfiehlt zu demselben Zwecke, den Galvanokauter nahe an das Ulcus zu halten. LESSER spricht über seltene Lokalisation des Tripperrheumatismus, vor allem Ischias blennorrhoica, die durch klinische Symptome (intermittierendes Fieber) von der vulgären Ischias unterschieden werden kann. RILLE demonstriert Bilder von Atrophia cutis und Moulagen davon, sowie von einer Steinöl-Akne an den Genitalien, die wie ein papulöses Syphilid aussieht. SCHUSTER spricht über die Behandlung des Rheumatismus blennorrhoicus mit heifsen Bädern und Quecksilber. WOLFF demonstriert Fälle von Lichen ruber planus et verrucosus und von Lichen scrophulosorum. An diese Demonstration knüpft eine Diskussion zwischen SACK, JACOBI und Neisser, wonach dieser Lichen zu den tuberkulösen Manifestationen, nicht zu den Tuberkuliden gehört, da man Bacillen in den excidierten Stücken gefunden hat. MADELUNG demonstriert ein kolossales inoperables Carcinom auf Lupusnarben, das durch Formalinverbände erheblich gebessert ist, jedenfalls ist die Jauchung beseitigt. WOLFF und JACOBI, sowie VAN HOORN empfehlen für solche Fälle Resorcin in Substanz oder als Pflaster. ARNING hat Präparate aus einem leprös entarteten Nervus ulnaris mitgebracht, in dem sich gelbliche amorphe Massen fanden, ebenso demonstriert JADASSOHN Präparate von Lepra mit Herden von Koagulationsnekrose. Solche Dinge sieht NEISSER als tuberkulös an, während GLÜCK einen ähnlichen Fall für rein leprös erklärt. SAALFELD hat eine Glans penis in Serienschnitten zerlegt und TYSONsche Drüsen gefunden. VAN HOORN berichtet über seine Erfahrungen mit T. R.-Behandlung des Lupus, aus denen hervorgeht, dafs Heilung nicht eintritt und dafs man operativ vorgehen mufs. DOUTRELEPONT zeigt Bilder von Fällen, die mit T. R. gut geworden sind, aber sie bekamen Recidive; er giebt daher kleine Dosen und behandelt nebenbei lokal. KUZNITZKY demonstriert Kanülen mit einer neuen Verschlufsvorrichtung.

Damit war die Tagesordnung des Kongresses erledigt und derselbe wurde mit den üblichen Danksagungen geschlossen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Aufserordentliche Sitzung vom 24. Mai 1898.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin).

Diskussion über den Vortrag des Herrn ROSENTHAL: **Über Protargol.**

Herr LESSER erklärt sich im ganzen und grofsen mit den Ausführungen ROSENTHALS einverstanden, Nach seiner Ansicht ist es in Bezug auf die Heilung dasselbe, ob man die Bakterien oder den Nährboden in Angriff nimmt. Welcher Weg schneller zum Ziele führt, ist meist schwer zu entscheiden, weil es nicht leicht ist die Patienten hinreichend genau zu beobachten und ganz sicheres Material beizubringen. Für die Beantwortung solcher Fragen ist nun das klinische Material völlig unbrauchbar, weil die Patienten entlassen werden, sobald der Ausflufs aufgehört hat und damit die Beobachtung aufhört; aber auch von dem poliklinischen Material bleiben viele Patienten

fort, ohne daſs man über das Resultat der Behandlung etwas Sicheres weiſs. Redner verfügt über 17 mit Protargol behandelte, genügend beobachtete Fälle. Dieselben verliefen günstig, indem durchschnittlich nach 8 Tagen die Gonokokken und nach 4—6 Wochen die klinischen Erscheinungen verschwanden. Das Protargol wirkt in einer Anzahl von Fällen auffallend günstig, in anderen ist es weniger wirksam, in einer kleinen Anzahl gar nicht, ohne daſs sich Gründe für diese Verschiedenheit der Wirkung angeben lassen. Er warnt davor, in der Beurteilung und Behandlung des blennorrhoischen Prozesses zu extrem bakteriologisch vorzugehen.

Herr Bloch kritisiert zunächst die chemischen Eigenschaften des Protargols. Nachdem anfänglich publiziert worden war, daſs das Mittel neutral reagiere, ist inzwischen festgestellt worden, es sei alkalisch. Er hat nun im Verein mit Dr. Kaufmann eine neutrale Lösung des Mittels eine Stunde dem Lichte ausgesetzt und saure Reaktion konstatiert. Als er darauf mit dem Vertreter der betreffenden Fabrik, welcher dieses Ergebnis bestritt, 20 Flaschen mit Protargollösung längere Zeit stehen lieſs, reagierten 17 Flaschen alkalisch, drei stark sauer. Der Vertreter der Fabrik führte freilich diese saure Reaktion auf ein älteres fehlerhaftes Fabrikat zurück, welches jetzt aus dem Handel gezogen sei. Vortragender zeigt eine Flasche mit Protargollösung von trüber, lehmfarbiger Beschaffenheit und saurer Reaktion, welche ihm von Herrn Prof. Behrend zugestellt worden ist. Ein ihm befreundeter Chemiker hat das Mittel untersucht und gefunden, daſs seine Reaktion neutral sei, daſs dieselbe aber sauer werden könne. Zweifellos habe man eine Caseïn-Silberverbindung vor sich, wahrscheinlich eine salpetersaure. Nun hat man gesagt, das Protargol sei ein „reines Antisepticum“. Was damit gemeint sei, ist ihm unklar. Behring hat gesagt, daſs ein derartiges Mittel viel eher die Zellen der organischen Gewebe zerstören werde als die Bakterien. Credé hat nachgewiesen, daſs Silber antiseptisch nur wirke in Verbindung mit einer Säure, und hat das milchsaure Salz angewandt. Redner glaubt überhaupt nicht an die antiseptischen Eigenschaften des Protargols, weil in ihm das Silber an Eiweiſs gebunden sei. In der That habe ein ihm befreundeter Kollege an dem Pfropfen einer Flasche mit 2% Protargollösung reichliche Schimmelpilzentwickelung beobachtet. Die Fälle von Züleer, wo nach zwölfwöchentlicher Behandlung mit Protargol noch Gonokokken vorhanden waren, desgleichen ebensolche von Behrend und dem Vortragenden selbst beweisen, daſs das Protargol einen sehr geringen Einfluſs auf das infektiöse Virus habe. Herr Rosenthal hat nach seiner Statistik von 53 akuten Blennorrhoen 7 geheilt; Redner verpflichtet sich mit Zincum sulfuricum dasselbe zu erreichen. Wenn Protargol so zuverlässig sei, weshalb wendet Neisser bei der weiblichen Blennorrhoe Ichthyol an? Nun hat man auch von der Tiefenwirkung des Mittels gesprochen, und Prof. Zeissler in Chicago hat sogar drei Grade derselben unterschieden. Dem Vortragenden ist es durchaus unklar, wie man diese Tiefenwirkung konstatieren will. Er hält solche Annahme für völlig willkürlich und problematisch. Zum Nachweise, welch günstigen Einfluſs die Behandlung durch Ruhe, Diät und innere Mittel im Anfang auf die Heilung des Trippers hat, verliest Redner die betreffenden Zahlen aus dem Sanitätsberichte der deutschen Armee, in welcher man die Behandlung mit Einspritzungen erst ganz spät eintreten läſst. Bei dieser Behandlung erzielt man weit bessere Resultate als mit Protargol. Läſst man die Tripperkranken so ohne weiteres herumlaufen, so sieht man um so häufiger Gelenkentzündungen. Der Tripper ist eine Infektionskrankheit mit ernsthaften Allgemeinerscheinungen: Fieber, Blässe, akuter Milzschwellung und Muskelschmerzen und demgemäſs auch mit Bettruhe zu behandeln. So wie jetzt Protargol, so sind früher andere Mittel als Panacee gegen die Blennorrhoe gerühmt worden; so empfiehlt Eichhorst als überaus sicher wirkend eine Mischung von Zincum sulfuricum mit

Jodoform in Wasser, während Bockhart und andere sie als unwirksam verwerfen. Die antibakterielle Therapie hat nach Ansicht des Vortragenden keine günstigen Resultate zu verzeichnen.

Herr Joseph hat sich, je gröfser seine Erfahrungen mit Protargol werden, umsomehr überzeugt, dafs wir in ihm ein ausgezeichnetes Trippermittel haben. Bei 53 poliklinischen Fällen waren durchschnittlich nach neun Tagen die Gonokokken verschwunden. Freilich ist auf das Verschwinden der Gonokokken kein grofses Gewicht zu legen, da oft nachträglich wieder solche im Sekret auftreten. Jedoch versteift er sich nicht auf Protargal als das einzige Mittel, sondern er giebt es abwechselnd mit der Ricordschen Lösung so, dafs die Patienten täglich dreimal mit der einen und dreimal mit der anderen Lösung injizieren. In der Privatpraxis, in welcher die Patienten die ärztlichen Vorschriften sorgfältiger befolgen, gelingt es ihm auf diese Weise den Tripper durchschnittlich nach drei Wochen zur Heilung zu bringen. Diese Erfolge führt er zum Teil auf die recht frühzeitige Einleitung der Injektionsbehandlung zurück. Ein Patient, der bereits am ersten Tage nach der Infektion wegen Brennens in der Harnröhre zu ihm kam und, da Gonokokken bereits nachgewiesen werden konnten, sofort mit Protargol behandelt wurde, war nach vier Wochen gänzlich geheilt. Auf Grund seiner an 36 Fällen aus der Privatpraxis gemachten Erfahrungen ist er mit dem Mittel sehr zufrieden und Herrn Neisser für die Empfehlung desselben sehr dankbar.

Herr Heller hat über das Protargol nicht so viel Erfahrungen sammeln können, weil im Beginne seiner Versuche mit demselben sich die schweren Fälle so häuften, dafs er bald wieder damit aussetzte. Der erste mit Protargol behandelte Patient bekam eine Cystitis, Prostatitis und doppelseitige Epididymitis; nach fünf Monaten waren noch Gonokokken nachweisbar und erst nach sieben Monaten trat Heilung ein. Bei dem zweiten Patienten fand man noch nach sechs Wochen Gonokokken im Sekret; Heilung trat erst nach Zincum sulfuricum ein. Der dritte mit Protargol behandelte Patient bekam auch fast sämtliche Komplikationen und wurde erst nach fünf Monaten wieder gesund. Vortragender hat nach diesen ungünstigen Erfahrungen mit weiteren Versuchen ausgesetzt und hat dieselben erst in letzter Zeit wieder aufgenommen. Eine Reihe von Fällen sind nun mit Protargol glänzend geheilt, doch hat er dies auch von anderen Mitteln gesehen. Was die Untersuchung auf Gonokokken anbetrifft, so haben dieselben in denselben Fällen das eine Mal gefehlt und sind beim nächsten Mal wieder vorhanden gewesen. In einer gleichzeitig mit Adstringentien behandelten Serie von Fällen beobachtete er das gleiche Verschwinden und Wiedererscheinen der Gonokokken. Der Gonokokkennachweis ist hiernach für die Frage des Heilwertes eines Trippermittels von zweifelhafter Bedeutung; viel mehr Berücksichtigung verdienen die klinischen Erscheinungen, die Menge des Eiters, der Epithelien im Sekret u. s. w. Er hat nun die letzten 40 Fälle von Blennorrhoe, die er mit verschiedenen Mitteln behandelt hat, zusammengestellt und folgende Zeiten für die Heilungsdauer bei den verschiedenen Methoden als Durchschnitt erhalten: bei Spülungen mit Kalium permanganicum nach Janet 89 Tage, bei Injektionen mit Ichthyol 49 Tage, mit Argonin 43, mit Zincum sulfuricum und Catechu 36 Tage, während für Protargol bei der geringen Anzahl und der Schwere der Fälle zu ungünstige Zahlen herausgekommen wären. Eine Anzahl von Patienten konnten Protargol nicht vertragen. Er kann hiernach diesem Mittel keine Überlegenheit zugestehen.

Herrn Blaschko erscheint es unberechtigt, vom Protargol, das den anderen guten Trippermitteln gleichwertig ist, so viel Aufhebens zu machen. Als das wirksamste aller Silbersalze erscheint ihm — in der richtigen Weise angewandt — immer

noch das Argentum nitricum. Veranlassung, an der Diskussion teilzunehmen, giebt ihm die Äufserung Josephs, dafs derselbe seine günstigen Erfolge auf die möglichst frühzeitige Behandlung zurückführt. Redner hat nämlich eine Zeit lang zunächst nur durch innere Mittel behandelt und bei manchen gar nicht mehr zu Injektionen übergehen brauchen, bei anderen erst spät. Dann hat er jedoch in ganz frischen Fällen abortiv vorzugehen versucht und gute Erfolge gehabt. Sein Verfahren besteht darin, dafs er eine 2%ige Argentum nitricum-Lösung mittelst einer 6—10 ccm enthaltenden Injektionsspritze in die Urethra spritzt, sie dort 5—10 Sekunden läfst und dann mit einfachem Wasser nachspritzt, um das Argentum nitricum zu neutralisieren. Er vermeidet also die sogenannte Tiefenwirkung, da er von den nachhaltigen Einwirkungen starker Silberlösungen nichts Günstiges gesehen hat. An den folgenden drei Tagen läfst er dann einmal täglich mit einer 0,2%igen Lösung injizieren. Die Reaktion ist im allgemeinen gering, da er die starke Lösung bereits vor Auftreten von Schmerzen neutralisiert; mitunter zeigen sich nach dieser Injektion einige Tropfen eines blutig-serösen Sekrets und ist die mildere Einspritzung am folgenden Tage noch schmerzhaft. In $^4/_5$ der Fälle gelingt es ihm auf diese Weise die Blennorrhoe abortiv — bis zum sechsten Tage — zu beseitigen. Doch kann diese Behandlung nur am ersten Tage, an welchem Symptome eines Trippes auftreten, eingeleitet werden, am zweiten Tage ist der Erfolg bereits unsicherer und später versucht er das Verfahren kaum mehr. Argonin, Argentamin und Protargol haben sich bei seinen Versuchen dem Argentum nitricum gegenüber als minderwertig erwiesen. Bei der Verschiedenheit, mit welcher die einzelnen Individuen auf dasselbe Medikament reagieren, wird es freilich kaum gelingen, eine Methode zu finden, welche auf jeden Tripper gleich günstig wirkt.

Herr Gebert hat diese abortive Methode nicht mehr angewandt, seitdem er nicht mehr Herrn Blaschkos Assistent ist, wegen der grofsen Schmerzhaftigkeit in den Fällen, in denen sie nicht zum Ziele führte. Nun hat Welander in der Pickschen Festschrift veröffentlicht, dafs er virulente Gonokokken in die Urethra gebracht habe, und dafs dieselben verschwunden seien, nachdem er eine 4%ige Lösung von Protargol injiziert und eine halbe Stunde lang habe einwirken lassen. Er schlägt deshalb vor, eine starke Protargollösung zur abortiven Beseitigung des Trippers zu verwenden, da er von einer 2%igen Lösung nie irgendwelche Reizerscheinungen, dagegen gerade bei frühzeitiger Anwendung sehr günstige Resultate gesehen habe. In 5 Fällen, welche bereits am zweiten Tage nach dem Auftreten der ersten Symptome mit Protargol behandelt werden konnten, verschwanden die Gonokokken nach 3 Tagen, die klinischen Erscheinungen nach 14 Tagen.

Herr Blaschko erwidert, dafs, so schmerzhaft Höllensteinlösungen beim gewöhnlichen Tripper sind, sie im Initialstadium selbst bei starker Koncentration ganz gut vertragen werden.

Herr Palm hat in der ersten Zeit ausgezeichnete Resultate mit Protargol gehabt, letztens jedoch zwei Fälle beobachtet, welche bei Protargolbehandlung sehr stürmisch und mit Komplikationen verliefen.

Herr Saalfeld, der früher beim Tripper im Anfang nie Injektionen gemacht hat, ist erstaunt, wie wenig die Harnröhre durch Protargol gereizt wird. Die von Herrn Bloch erwähnte saure Reaktion von Protargollösungen führt er darauf zurück, dafs es sich wie andere chemische Präparate z. B. Orthoform zersetzen könne.

Herr Rosenthal hebt zunächst hervor, dafs die abortiven Methoden ebenso leicht schaden, als nützen können. Dann erwidert er Herrn Bloch, dafs auch er im Beginne der Blennorrhoe möglichst Ruhe anempfehle, dafs der praktische Arzt jedoch nicht wie der Militärarzt die Kranken ins Lazareth kommandieren könne. Trotz

aller Einwürfe zweifelt er nicht daran, dafs das Protargol sich als ein gutes Antiblennorrhoicum bewähren werde.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 28. Oktober 1897.

1. **Neurodermitis papulosa-Fälle**, von Schwimmer. Diese in den letzten Jahren gebräuchliche Benennung derartiger Krankheitsfälle scheint eine Berechtigung zu haben, indem einzelne Erkrankungen schon dem Äufseren nach, so auch deren Begleiterscheinungen dafür zu sprechen scheinen, dafs die Erkrankungen der Hautnerven einen solchen Symptomenkomplex hervorrufen, welcher sich dennoch von einzelnen bekannten Hauterkrankungen unterscheidet. Bekanntlich ist bei dem Eczema papulosum, bei der Prurigo und bei einigen Lichenformen neben den bestimmten Efflorescenzen das Jucken sehr charakteristisch. Die Neurodermitis papulosa unterscheidet sich dennoch von diesen drei Krankheitsformen in so mancher Beziehung, obzwar einzelne Symptome viel Ähnlichkeit haben mit den vorigen Formen. Die Franzosen, hauptsächlich Vidal und Brocq, benennen einige dem Lichen ähnliche Erkrankungen mit Neurodermitis papulosa; dem ist hinzuzufügen, dafs dieselbe auch eine Ähnlichkeit besitzt mit einigen Prurigoformen. Die Unterscheidung dieser Form vom Lichen besteht darin, dafs wir die lichenoiden Papeln nicht so charakteristisch entwickelt sehen, indem die einzelnen Papeln breit sind, wenig oder kaum schilfern, und einzelne, besonders wenn das Jucken sehr stark entwickelt ist, eher von der Epidermis entblöfst sind, so dafs wir neben rötlichen, hanfkorngrofsen Efflorescenzen noch solche mit Borken sehen können. Gröfser ist schon die Ähnlichkeit mit der Prurigo, indem die der Hautfarbe ähnlichen Efflorescenzen und die durch Zurückbildung hervorgerufenen weifsen Stellen, welche gleichwie kleinen Narben ähnlich sind, eine nähere Verwandtschaft dieser Affektionen zu bilden scheinen. Wenn wir aber in Betracht ziehen, dafs die mit Neurodermitis papulosa benannten Affektionen in der Regel erst im späteren Alter auftreten, lange andauern und schliefslich sich doch ganz zurückbilden, so ist diese Form dennoch zur Genüge von der Prurigo zu unterscheiden. — Von den zwei Fällen betrifft der eine eine 38jährige Frau, bei der das Leiden bereits seit sieben Jahren besteht; die bereits erwähnten Efflorescenzen sind auf allen Extremitäten zu sehen. Die Kranke leidet an fortdauerndem Juckreiz, die einzelnen Efflorescenzen verlaufen streifenförmig den entsprechenden Nervenzweigen entlang. — Der zweite Kranke ist ein 29jähriger kräftiger Mann, bei dem die Affektion bereits seit vier Jahren besteht, sich aber blofs auf die oberen Extremitäten erstreckt. Charakteristisch sind bei diesem Kranken die Gruppierungen der Efflorescenzen auf dem rechten Oberarme und dem linken Unterarme, welche dort dem Verlaufe des Nervus cutaneus internus und hier den aus dem Nervus ulnaris entspringenden Hautzweigen entsprechen. Bei diesem Kranken sind noch nebstdem von dem starken Jucken entstandene Pigmentationen zu sehen, zwischen diesen die Bildung älterer Efflorescenzen.

Török ist der Ansicht, dafs man in den Fällen, die Verfasser bereits vorstellte, und auch bei den jetzigen, eigentliche charakteristische Hautveränderungen nicht konstatieren kann. Charakteristisch kann blofs der klinische Verlauf sein, welcher diese Krankheitsform von den übrigen unterscheiden lassen kann, da das Aussehen der Affektion kaleidoskopisch ist. Das wichtigste Symptom ist das starke Jucken, welches sekundär die Hautveränderungen hervorruft. — Havas fragt Verfasser, ob er diesen Fall für einen solchen hält, wie er sie in seiner Arbeit „Neuropathische Dermatosen“ unter dem Namen Dermatitis neurotica beschrieben hat. Als ätiologisches Moment scheint hier eine Neuritis vorhanden zu sein, nicht in dem

Sinne der entzündlichen, sondern als ein Irritationsprozefs. Das klinische Bild ist thatsächlich ein kaleidoskopisches, das äufsere Symptom ist aber der Juckreiz. Er möchte daher die Dermatitis neurotica als eine symptomatische Bezeichnung acceptieren. — Schwimmer bemerkt hierauf, dafs es sehr viele Hautaffektionen giebt, bei denen primär das Jucken und erst sekundär der Ausschlag hinzutritt. Als ätiologisches Moment ist bei jenen, und auch bei den vorgestellten Fällen, eine Noxe in dem Nervenleben zu suchen, welche uns aber noch unbekannt ist. Bei deren Diskussion können wir sehr leicht wieder dem Fehler verfallen, indem wir auf die Caspary-Hebrasche Prurigodiskussion zurückkehren, wo doch heute bereits erwiesen ist, dafs bei der Prurigo die Nervenveränderung das Primäre und die sichtbaren Hautveränderungen das Sekundäre sind. Was die Benennung anbelangt, möchte er sich nicht an den von ihm angenommenen Namen klammern, und wenn jemand sagen würde, dafs dieser Fall eine Prurigo ist, welche im späteren Lebensalter aufgetreten ist, so möchte er das acceptieren.

2. **Ein Fall von Molluscum fibrosum universale**, von Schwimmer. Der 48jährige Kranke führt den Anfang seiner Erkrankung auf zehn Jahre zurück. Seit dieser Zeit entwickelten sich hauptsächlich auf dem Rumpfe, weniger auf den oberen Extremitäten, zahlreiche hanfkorn-, linsen- und bohnengrofse, viele haselnufsgrofse, rundliche Gebilde, deren Konsistenz teigigweich ist. Die Zahl der Geschwülstchen beläuft sich auf mehr als 100. Auf den unteren Extremitäten sind dieselben am wenigsten vertreten, hingegen ist die Stirn mit linsengrofsen Geschwülstchen besät. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

3. **Schwere tertiäre Syphilisfälle**, von Havas. H. stellt zwei Fälle vor, bei denen schwerer Tertiarismus auftrat. Indem die Syphilistherapie so ziemlich Gemeingut aller Ärzte geworden ist, so sind auch im Centrum des Landes die schweren Tertiärfälle so ziemlich selten geworden; diese Fälle bestätigen auch zugleich die immer mehr durchgreifende Lehre, dafs der Tertiarismus hauptsächlich bei solchen Individuen zu beobachten ist, die entweder gar nicht oder doch ungenügend mit Quecksilber behandelt wurden. Der eine dieser Kranken wurde garnicht, der andere nur sehr kurze Zeit hindurch antiluetisch behandelt. Bei dem 42jährigen Manne ist das Gesicht ganz destruiert infolge eines ulcerösen Prozesses, aufserdem bietet der Kranke noch insofern ein Interesse, indem bei ihm ein seltener Fall einer Osteopatirose vorhanden ist. Der Kranke erwachte eines Morgens und bemerkte in der Mitte des Radius einen Bruch, welcher wahrscheinlich durch einen stärkeren Muskelzug hervorgerufen wurde, indem der Knochen infolge von Periostitis, Ostitis und wahrscheinlicher Osteomyelitis porös geworden ist. Der zweite Kranke machte blofs einige Einreibungen am Anfange seiner Erkrankung, während derzeit der ganze Körper mit zahlreichen annulären Rupiaformen bedeckt ist. In therapeutischer Hinsicht bemerkt er, dafs daselbst die Quecksilbersalze bei weitem nicht den Effekt erzielen als die Jodsalbe, da er für den tertiären Prozefs als Specificum das Jod, und für den sekundären Prozefs das Quecksilber als Souverainmittel hält.

4. **Ein Fall von Ureteritis membranacea** (?), von Popper. Der 29jährige Kranke machte vor zehn Jahren eine Blennorrhoe durch, seit dieser Zeit hatte er öfter Blasenbeschwerden. Seit drei Jahren treten in der linken Nierengegend Koliken auf, während deren Dauer er wenig oder gar keinen Harn läfst; wenn dieselben nachgelassen haben, entleert er reichlich Harn. Der frischgelassene Harn ist etwas trübe, enthält kaum $^1/_2$‰ Eiweifs, viele Eiterkörperchen und Epithelien, Nierencylinder konnten nie nachgewiesen werden. Auf Behandlung gingen die Cystitiserscheinungen zurück, die kolikartigen Schmerzen der Nierengegend wiederholten sich aber öfters, auf der Oberfläche des nachher gelassenen Urines schwammen weifse kanalartige,

schneckenartige, kerzentropfenähnliche Gebilde, welche an fibrinöse Massen erinnerten, deren mikroskopische Untersuchung polygonale Epithelien ergab, zwischen denen Fibrinfasern verliefen und dieselben zusammenhielten. Der Kranke empfindet während der Kolik in der linken Nierengegend einen ziehenden Schmerz, als würden sich die „Winde" dahin verschlagen haben. Verfasser glaubt nun anzunehmen, dafs die im nach der Kolik gelassenen Harne schwimmenden Lamellen in den Harnwegen ein Hindernis bilden; denn nur dann entleert sich reichlich Harn, wenn das die Schmerzen verursachende Hindernis beseitigt ist. Die Niere ist intakt, dies beweisen die Eiweifsproben. Der wenig gelassene Harn während der Koliken kann aus der rechten Niere gekommen sein. Der Nierenkelch könnte auch erkrankt sein, dagegen scheinen aber die länglichen Lamellen zu sprechen. Verfasser glaubt es mit einer Ureteritis membranacea zu thun zu haben.

5. **Ein mit Solutio arsenicalis Fowleri behandelter Fall von Lupus erythematodes**, von Schein. Der 22jährige Patient hat auf der Unterlippe eine 2—3 cm lange ovale, auf das Lippenrot sich begrenzende Läsion, welche mit einer schwer ablöslichen Kruste bedeckt ist. Die ganze Läsion ist scharf begrenzt, ragt 2—3 mm vom Niveau empor, hat eine schmutzig gelblichbraune Farbe. Nach Ablösen der Kruste kommen stecknadelkopfgrofse Grübchen zum Vorschein, welche mit einer weifsen nicht ablösbaren Epithelschicht bedeckt sind. An der Läsion ist keine Infiltration vorhanden. Seit drei Monaten wurde Patient von Schulz (Frankfurt a. M.) mit Fowlerscher Solution gepinselt, seit vier Wochen benutzt er nebstdem über Nacht Salicylseifenpflaster. Auf diese Therapie ist entschieden eine Besserung zu konstatieren, indem ein Teil der Läsion, welche auf der Innenseite der Schleimhaut vorhanden war, mit normalem Epithel bedeckt ist, da an dieser Stelle gleichfalls eine papilläre flache Bildung vorhanden war.

Schwimmer glaubt, dafs zur Feststellung des therapeutischen Wertes eines Mittels dasselbe eher bei einem auf der Haut vorkommenden Lupus erythematodes versucht werden sollte; andererseits scheint ihm die Diagnose problematisch, wenn die Affektion auf der Schleimhaut vorkommt. — Havas bemerkt, dafs man den therapeutischen Wert eines Mittels, besonders beim Lupus erythematosus, nur mit einer gewissen Reserve konstatieren soll. Die Ablösung des verrukösen Teiles bezieht er auf die Anwendung des Salicylseifenpflasters. — Varja sah einen sehr hübschen Erfolg von der Fowlerschen Solution bei einem Lupus erythematodes-Fall, wo sich die Erkrankung auf das Gesicht und die Ohrläppchen erstreckte. — Schein bemerkt hierzu, dafs auch Kaposi mit Fowlerscher Solution Heilung erzielte.

A. Alpár (Aschner)-Budapest.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 5.

Über bakteriologische Untersuchungen bei chronischer Urethritis und Prostatitis, von J. Cohn. Verfasser hat in zwölf Fällen von chronischer Erkrankung der hinteren Harnröhre das Sekret derselben entnommen und bakteriologisch untersucht. Sein Verfahren war folgendes: Nach sorgfältiger Ausspülung der vorderen

Harnröhre wurde ein steriler Endoskoptubus bis zum Bulbus eingeführt. Nun wurde mit dem in den Mastdarm eingeführten Finger das Sekret ausgepreßt und abgenommen. Die Technik der Methode ist wohl einwandfrei; ihre Resultate waren die, daß sich auch bei lange bestehender Erkrankung nie Gonokokken fanden, dagegen einmal Staphylococcus albus, daneben Streptococcus, Bacterium coli etc.

Über ein Pessar-Urinar, von HOTTINGER. Bei einer an jahrelang bestehender Cystitis dolorosa leidenden Patientin, bei der alle chirurgischen und sonstigen Maßnahmen keine Linderung der Beschwerden herbeigeführt hatten, wollte Verfasser zur Entlastung der Blase eine Blasenscheidenfistel anlegen. Um nun die Patientin vor den üblen Folgen der ewigen Urindurchnässung zu bewahren, legte er ihr ein Pessarium occlusivum ein, das mit dem Urinar verbunden war und vollständig zur Zufriedenheit der Patientin funktionierte.

Kritische Betrachtungen über THORKILD ROVSING, die infektiösen Krankheiten der Harnorgane, von MELCHIOR.

Erwiderung auf MELCHIORs „Kritische Betrachtungen", von ROVSING.

ROVSINGs Erwiderung, von MELCHIOR. Wir verweisen diejenigen, welche sich für den Cystitisstreit der beiden dänischen Autoren interessieren, auf das Original. Da können sie sich die Liebenswürdigkeiten nachlesen, welche die Herren für einander übrig haben, resp. sich selbst ein Bild machen, ob Bacterium coli oder harnstoffzersetzende Bakterien Ursache der Cystitis sind. *F. Hahn-Bremen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 4.

Zum Studium des Lymphangioma circumscriptum der Haut und der Schleimhäute, von L. BROCQ und LÉON BERNARD. Die Arbeit zerfällt in drei Teile, deren erster außer geschichtlichen Mitteilungen eine Beschreibung der klinischen und pathologisch-anatomischen Symptome des Lymphangioms der Haut enthält. Der zweite Teil bringt eine eingehende Darstellung eines Falles von Lymphangioma circumscriptum der Mundschleimhaut bei einem 17 Jahre alten Manne. Auf der linken Hälfte des Zungenrückens breitete sich eine Neubildung bis weit nach hinten aus; sie hatte die ungefähre Form einer Wurst, verlor sich mehr allmählich ins Gesunde und ragte $1^1/_2$ cm über die normale Schleimhaut hervor; ihre Oberfläche war stark höckerig und von verschiedenen Furchen durchzogen; sie fühlte sich bretthart an und war wie die übrige Zunge gefärbt. Sie setzte sich aus lauter kleinen, durchscheinenden Bläschen zusammen, die fast alle in ihrer Mitte einen hämorrhagischen Punkt erkennen ließen. Eine ähnliche Neubildung saß auch auf dem linken Gaumensegel. Beide waren sie angeboren, machten aber in gar keiner Weise irgend welche Beschwerden, schwollen nur viermal jährlich bei Beginn der vier Jahreszeiten je für einige Wochen an. Da Ignipunktur und Elektrolyse keinen wesentlichen Erfolg hatten, so entschlossen sich die Verfasser zur Exstirpation, die bessere Ergebnisse zu versprechen scheint. — Die histologische Untersuchung der entfernten Massen ergab, daß der Tumor von der Bildung papillarer Cysten und subpapillarer Hohlräume, die beide mit Blut und Lymphe gefüllt waren, ausging. Die Wand dieser Hohlbildungen war mit proliferiertem Endothel ausgekleidet; denselben Befund zeigten aber auch die Lymphgefäße der Lederhaut. Aus diesen proliferierenden und allmählich sich erweiternden Lymphgefäßen stammten sämtliche Vesikel der Neubildung. Aber auch die Kapillaren sind an der Neubildung mitbeteiligt, indem sie teils die Lymphcysten umkreisen, teils intrapapilläre hämorrhagische Herde bilden. Letztere kommen dadurch zu stande, daß die Gefäße innerhalb der Papillen reißen; der nämliche Vor-

gang vermag sich aber auch innerhalb der Lymphcysten abzuspielen und dann füllen sich diese mit Blut. — Im Anschluſs an diese Darstellung werden die Ansichten, wie sie sich über das Lymphangioma circumscriptum der Schleimhäute gebildet haben, kurz entwickelt und diese Ansichten dann im dritten Teil einer gründlichen und sachlichen Kritik unterzogen. Das Ergebnis dieser Untersuchung bringt eine Bestätigung der Sätze, zu deren Aufstellung die Verfasser sich durch den histologischen Befund ihres Falles berechtigt fühlten. Das Lymphangioma circumscriptum der Haut und der Schleimhäute entwickelt sich auf Kosten der cutanen Lymphgefäſse unter Mitbeteiligung der Blutkapillaren; und es stellt eine Krankheit sui generis dar, sodaſs man es weder mit dem Lymphangioma simplex diffusum, noch mit dem Lymphangioma cysticum oder den verschiedenen Formen der Lymphangiektasie zusammenwerfen darf; mit allen ist sowohl klinisch wie auch histologisch eine Verwechslung möglich.

Türkheim-Hamburg.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1897. Heft VI.

Über die blennorrhoische Infektion und die infektiösen Krankheiten, in Bezug auf ihre Häufigkeit im allgemeinen und ihre Frequenz in Palermo betrachtet, von La Mensa. Verfasser hat gefunden, daſs die sechs warmen Monate, ganz besonders aber der Juli und August, eine weit gröſsere Anzahl von Erkrankungen an Blennorrhoe aufweisen als die sechs kalten; unter den letzteren fallen die meisten Fälle auf den Januar, d. h. auf den kältesten Monat. — Worin liegt nun diese Verschiedenheit der Häufigkeit der Blennorrhoe je nach den Jahreszeiten? Man hat sie irrtümlicherweise in direkte Beziehung zur Höhe der äuſseren und inneren Temperatur bringen wollen. Rationeller scheint es hingegen, die Zunahme der Erkrankungen an Blennorrhoe auf die schwächende Wirkung der abnormen Hitze, der starken Schweiſse etc. auf den Organismus zurückzuführen. Dasselbe gilt aber nicht allein für die Blennorrhoe, sondern für die meisten anderen infektiösen Krankheiten, so für die Dysenterie, den Abdominaltyphus, das gelbe Fieber, die Cholera, den Tetanus, die Wut etc.

Über die Thermotherapie der Blennorrhoe, von Callari. Verfasser irrigiert die Urethra mit 40—43° heiſsen Lösungen verschiedener Medikamente, unter denen sich ihm am besten bewährt haben das Zincum sulfuricum (0,50—2,00‰) in erster Linie, dann das Tannin und das Kalium permanganicum bei der akuten Urethritis anterior; das Wismut bei der subakuten Urethritis anterior und das Permanganat bei der chronischen Blennorrhoe und der Vulvovaginitis. Verfasser behauptet, daſs die Hitze gegenüber dem blennorrhoischen Prozesse eine unmittelbare baktericide Wirkung ausübt, indem sie die Widerstandsfähigkeit der Gewebe vermehrt. Die Irrigation wirkt an sich selbst reinigend und die medikamentösen Lösungen führen durch ihre chemisch adstringierende Wirkung eine Heilung des erkrankten Gewebes herbei.

Über die neuesten Heilmethoden der Syphilis, von Scarenzio. In seinem klinischen Vortrage behandelt Redner die Präventivkur der Syphilis, die Serumtherapie und die Behandlung mittelst Injektionen in die Venen. Bezüglich der Präventivbehandlung meint S., daſs man stets eingreifen solle, indem der Organismus entweder schon vom Gifte imprägniert ist und das Medikament (Kalomel in intramuskulären Injektionen) dann direkt auf dasselbe einzuwirken hat oder die Imprägnation hat noch nicht stattgefunden; in diesem Falle stöſst das Gift auf das im Körper bereits abgelagerte Specificum. Von der Serumtherapie und den intravenösen Sublimatinjektionen ist S. nichts weniger als begeistert. Die ideale Therapie der Lues bleibt für ihn die Methode der intramuskulären Kalomelinjektionen.

Das Granuloma trichophyticum Majocchi, von Pini. Es besteht klinisch eine Komplikation des Herpes tonsurans, die sich vom Kerion und der Sykosis unterscheidet und in Gestalt von kugeligen oder abgeplatteten Knoten auftritt, welche eine rosarote oder bläuliche Farbe zeigen, zerstreut liegen oder sich in Ketten aneinanderreihen, langsam sich entwickeln, erweichen, aber niemals vereitern. Die histologische Struktur stimmt genau mit derjenigen der Granulome überein und unterscheidet sich deutlich von derjenigen der Follikulitiden. Das ätiologische Element wird durch das Trichophyton repräsentiert, welches innerhalb des Granuloms in Gestalt von Hyphen oder Sporen seinen Sitz hat. Nach seinem Entdecker verdient es die Bezeichnung: Granuloma trichophyticum Majocchi.

Hyaline Körperchen und Blastomyceten, von Pelagatti. Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daſs die Krebskörperchen weder Blastomyceten noch irgend welche andere Art von Parasiten, sondern das Produkt einer Zellenentartung, speziell einer hyalinen Degeneration der Plasmazellen sind.

Über die idiopathische Hautsarkomatose, von Gravagna. Verfasser hat Experimente an Kaninchen gemacht, welche ihn zu vollständig negativen Resultaten in Bezug auf den Gehalt des Blutes an Mikroorganismen, auf die Toxicität des Urins, auf die Impfversuche an Tieren und auf das Vorhandensein von Blastomyceten geführt haben, sodaſs die Ätiologie und Pathologie der Affektion noch nicht aufgeklärt ist. Injektionen von Arsenik haben nicht den geringsten therapeutischen Einfluſs auf den Allgemeinzustand des Individuums, noch auf die Hauterscheinungen ausgeübt.

Über das Keloid, von U. Mantegazza. In dieser ausführlichen Abhandlung giebt Verfasser eine ziemlich vollständige Übersicht über die bisherigen Publikationen in Bezug auf Symptomatologie, Ätiologie, pathologische Anatomie, Therapie etc. des Keloids.

1898. Heft I.

Die Onychomykosis trichophytica, von R. Censi. Alle Ursachen, welche eine dermo-epidermale Hypertrophie der Nägel zu erzeugen vermögen, können zur Onychogryphose führen: einfache Stauungsprozesse und chronische Infektionen, rekurrierende akute Infektionen (Erysipel) und chronische Intoxikationen, die verschiedensten Entzündungen der Umgebung und lokale Reizzustände, welche langsam aber anhaltend auf die Nägel einwirken, wie z. B. der Druck zu enger Fuſsbekleidung. Als weitere ursächliche Momente sind zu betrachten alle jene chronischen Prozesse der Haut, welche an anderen Stellen eine Zelleninfiltration der Papillarschicht und eine Hyperplasie der Epidermis erzeugen; dahin gehören das chronische Ekzem, die Psoriasis, der Lichen ruber, die Elephantiasis, die Lepra, die Lues, die Ichthyose. Ferner kommen in Betracht die chemischen Agentien in gewissen Industriezweigen; die Hitze in Gestalt besonders von heiſsem Wasser oder heiſsen Dämpfen. Endlich haben wir die parasitäre Onychogryphose (Achorion Schönleinii und Trichophyton tonsurans). — Das Trichophyton kann den Nagel in zweierlei Weise alterieren: meist ist letzterer trüb, brüchig, bleibt aber dabei bezüglich seiner Dicke und Ausdehnung in normalen Grenzen. In anderen Fällen hingegen ist der Nagel dicker, breiter, höckerig, gekrümmt, krallen- oder widderhornförmig. Man kann somit eine atrophische und eine hypertrophische Varietät der Onychogryphosis trichophytica unterscheiden. — In den beiden vom Verfasser beschriebenen Fällen litt die eine Patientin an einem chronischen varikösen Ulcus des Unterschenkels; sämtliche Zehen waren von trichophytischer Onychogryphose befallen. Die andere war von einem polymorphen septischen Ekzem nach Scabies affiziert.

Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe mit Itrol, von Peroni und Piccardi. Die Verfasser haben das citronensaure Silber in 150 Fällen von Blen-

norrhoe in den verschiedenen Stadien angewendet und kamen dabei zu folgenden Resultaten: Im Gegensatze zu anderen chemischen Agentien kann das Itrol von den ersten Anfängen der Infektion an zur Verwendung kommen, da es einerseits in den Geweben keine Reaktion hervorruft, wohl aber im allgemeinen eine beträchtliche Verminderung der entzündlichen Erscheinungen bewirkt. In Anbetracht seiner spezifischen Wirkung auf die Gonokokken und seiner Fähigkeit bis in die tieferen Schichten der Harnröhrenschleimhaut einzudringen, ist das Itrol sowohl bei den akuten als bei den chronischen Formen der Blennorrhoe indiciert. Am besten eignen sich hierzu die Ausspülungen nach der Methode von JANET-MAJOCCHI (doppelläufige Kanüle). Die Koncentration variierte von 0,2—0,5 ‰; (das Itrol löst sich im Wasser nur im Verhältnis von 1 : 3000).

Das Ulcus molle beim Tiere, von H. SAPUPPO. Die Übertragbarkeit des Ulcus molle auf Tiere ist von einigen Autoren (CULLERIER, DE CASTELNEAU, HORAND, PEUCH, NICOLLE, DUVASSE etc.) bestritten, von anderen (VON WELTZ, DIDAY, JULLIEN, ROLLET, BASSET etc.) behauptet worden. Verfasser hat nun ebenfalls Schankereiter auf Kaninchen, Meerschweinchen und Tauben inokuliert und zwar mittelst oberflächlicher Skarifikationen der Haut und der Conjunctivae oder durch Einschnitte durch die ganze Dicke der Haut oder endlich durch tiefe Einstiche mit der Nadel. Alle diese Versuche fielen aber negativ aus, so dafs er sich der Ansicht NICOLLES anschliefsen zu können glaubt, welcher den weichen Schanker als eine ausschliefslich dem Menschen eigene Affektion betrachtet.

Über den diagnostischen Wert der intramuskulären Kalomelinjektionen, von SCARENZIO. Nach den glänzenden Resultaten, welche verschiedene Autoren mit dem Kalomel bei Lupus erzielt haben, ist man in letzterer Zeit mancherorts geneigt, dem Quecksilber, speziell dem Kalomel, einen differential-diagnostischen Wert abzusprechen, wenn es sich darum handelt, Tuberkulose von Lues zu unterscheiden. Bei genauerer Nachforschung erkennt man aber leicht, dafs die Kalomelinjektionen beim Lupus denn doch nicht eine Wendung zum Besseren so rasch herbeiführen wie wenn es sich um spezifische Läsionen handelt. Man darf deshalb füglich die von JULLIEN aufgestellten Behauptungen beibehalten, wonach die therapeutische Diagnose der Syphilis mittelst Kalomelinjektionen innerhalb 8 Tagen mit Sicherheit festgestellt werden kann und ein Mifslingen derselben einem eventuellen chirurgischen Eingriffe keine Hindernisse in den Weg lege noch die Folgen dieses Eingriffes im geringsten störe. Diesen Behauptungen J.'s möchte dann S. noch die weitere beifügen, dafs die Kalomelinjektionen in diagnostischer und kurativer Beziehung nicht nur in syphilisverdächtigen Fällen, sondern auch da vom gröfsten Werte sind, wo es sich um Skrophulose handelt, wenn sich auch hier die Wirkung nicht ganz so rasch zeige.

Über die tuberkulöse Thrombophlebitis der Haut in einem Falle von skrophulösen Lymphomen des Halses, von L. PHILIPPSON. Es handelte sich um einen 19jährigen Burschen mit ausgedehnten, zum Teil fistulösen Lymphomen am Halse und in den Achselhöhlen sowie Leukomen der Hornhaut, grofsen Narben am Halse und an den Beinen. Nach seiner Aufnahme ins Spital traten dann an den Fingern, Händen, Armen, Füfsen, Wangen, Oberschenkeln, am Thorax zuerst rosarote, dann bläulich werdende, zum Teil vereiternde Knoten auf. Während einzelne derselben sich vergröfserten, andere sich zurückbildeten, erschienen andererseits immer wieder neue an verschiedenen Körperstellen; auch zeigten sich schmerzhafte Gelenkschwellungen an den Fingern, Ellenbogen, Füfsen, die sich allmählich wieder zurückbildeten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um eine multiple primäre Thrombophlebitis tuberkulöser Natur handele: kleinzellige Infiltration mit Riesenzellen und Tuberkelbacillen in der Umgebung der Venen, welche stets das

Centrum der Herde einnehmen und selbst von einem weifsen Thrombus aus neugebildetem Gewebe ausgefüllt sind. — Das ganze Symptomenbild läfst sich somit aus dem chronischen tuberkulösen Prozesse erklären, der sich bei dem Patienten in verschiedenen Organen abspielt. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Aus E. Mercks Bericht über das Jahr 1897:

Acidum picronitricum. Monod (*Gas. hebdom. de méd. et chir.* 1897, No. 61) empfiehlt die Pikrinsäure bei einfachen Wunden, Geschwüren, Verbrennungen. Pikrinsäureverbände dürfen nicht mit einer impermeablen Decke umgeben werden, da die Säure erst wirkt, wenn sie auf der Wunde etc. eingetrocknet ist. Debuchy (*Nouv. remèdes*, 1897, p. 481) schlägt zur Herstellung von Verbandstoffen folgende Formel vor: auf 1 kg nehme man 2,5 Methylenkarbol oder Äther, 0,02 gereinigtes sterilisiertes Wasser, 0,15 Pikrinsäure.

Argentol (Arg. chinaseptolicum) zerfällt bei Gegenwart septischer Stoffe in das an sich schon stark antiseptisch wirkende Oxychinolin und in metallisches Silber. Streupulver für Wunden, Granulationen, atonische und luetische Geschwüre, bei Hautkrankheiten etc. in Salben, als Emulsion oder mit Mucilago verrieben (1 : 300—1000 Teile Flüssigkeit) bei Blennorrhoe. Hydrargyroseptol (Hydrargyrum chinaseptolicum) soll als Antilueticum Verwendung finden.

Argentum sulfophenylicum, ein in Wasser lösliches feines krystallinisches Pulver (ca. 28 % metallisches Silber), soll gute antiseptische Eigenschaften besitzen und nicht ätzend wirken.

Calcium chloratum. Wright (*The Brit. Journ. of Dermat.* 1897, p. 82) soll die Urticaria beeinflussen, indem es die Koagulationsfähigkeit des Blutes erhöht. Dosis 0,5—2,0 g dreimal täglich in Wasser gelöst. Nach fünftägiger Behandlung gehe man auf 0,6, zuletzt auf 0,3 g dreimal täglich zurück. Hartnäckige Urticariafälle, auch Frostbeulen wurden so geheilt.

Chrysarobinum oxydatum überall da nach Unna (*Therap. Wochenschr.* 1897, No. 41) zu empfehlen, wo das Chrysarobin zu stark wirkt, also im Gesicht, an den Genitalien etc. als 5—10%ige Salbe.

Eucain. Für Erzeugung von Anästhesie auf Schleimhäuten und bei schmerzenden Wunden:

℞ *Eucaini hydrochl.* 1,0,
Ol. oliv. 2,0,
Lanolin. 7,0.
Mf. ungt.

Bei juckenden Hämorrhoiden, Pruritus ani et pudendorum:

℞ *Eucaini hydrochl.* 1,0,
Mentholi 0,2,
Ol. oliv. 2,0,
Lanolin. ad 10,0.
Mf. ungt.

Hexamethylentetramin (Urotropin). Indikationen nach den 1897 erschienenen Berichten: 1. Pyelitis und Cystitiden mit ammoniakalischer Harngährung; 2. leichte chronische Cystitiden; 3. Phosphaturie; 4. Harnvergiftung nach langjähriger Blasen- und Nierenbeckeneiterung. Dosis 0,5 drei- bis achtmal täglich.

Hydrargol, Quecksilberparaphenylthionat, leicht löslich in Wasser, ohne Ätzwirkung, wenig giftig, stark antiseptisch, erzeugt in Eiweifslösungen keinen Niederschlag, greift metallische Instrumente nicht an und ist sehr beständig. Geeignet für chirurgische Zwecke und als allgemeines Antisepticum.

Ichthalbin wird erst im Darm in Pepton und Ichthyolalkali zerlegt. Es wird als mildes Tonicum und Antisepticum bei allen mit Darmstörungen verbundenen Dermatosen reflektorischen und trophischen Charakters zwei- bis dreimal täglich zu 1,0—2,0 gegeben.

Jod- und Bromfette, Jodipin und Bromipin: Jod-, bez. Bromadditionsprodukte des Sesamöls (10% Jod- resp. Bromgehalt). Nach Winternitz (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897, No. 23) gelangt das Jodfett bei innerlicher Darreichung fast überall im Körper zum Ansatz. Klinische Versuche ergaben, dafs das Fett in gleichem Sinne wirkt wie Jodkalium, die Dosen können weit geringer sein.

℞ *Jodipini* 100,0.

Ds. dreimal täglich 1 Theelöffel bis 1 Eflöffel. (Bei Syphilis und Skrophulose.)

℞ *Jodipini* 50,0,
Vitell. ovi rec. No. 1,
Pulv. Cacao Sacch. alb. ää par. aequ.
Ol. Cinnamon. aeth. gtt. I.
Mf. l. a. electuarium.

Ds. 1—2 Kaffeelöffel. (Bei Syphilis der Kinder.)

Jodoformal. Nach Reuter (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897, No. 32) soll J. hinsichtlich seiner antiseptischen Wirkung das Jodoform übertreffen. Es wird als Streupulver und in Salbenform verwandt. Gegen chronische Blennorrhoe werden 20% mit Glycerin und Gummi arabicum hergestellte Stäbchen empfohlen.

Jodothyrin. Nach Fr. Lang (*Therap. Wochenschr.* 1897, No. 11) gelingt es, skrophulöse Lymphdrüsentumoren der Kinder durch Jodothyrin zum Schwinden zu bringen. Popper (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897, No. 13) berichtet über eine Heilung von Syphilis maligna praecox. S. Ehrmann (*Wien. med. Bl.* 1897, No. 20) beobachtete bei Darreichung des J. in einem Falle von Psoriasis ein Joderythem.

Oxole: Camphoxol, Mentholoxol, Naphtoxol. Es sind flüssige Gemenge einer 3%igen Wasserstoffsuperoxydlösung mit 32—38% Alkohol, in dem je nach der Bezeichnung entweder 1% Menthol, 1% Campher oder 2% Naphtol gelöst sind. Wagner (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897, No. 45) bezeichnet die Oxole als vollkommen unschädliche, desodorierende Antiseptica.

Protargol. Bei Blennorrhoe wird folgende Verschreibungsweise empfohlen:

℞ *Protargoli* 0,5—1,0—2,3,
Glycerini 0,5—1,0,
Sol. Natr. chlorat. (0,6%) ad 200,0,
Detur ad vitr. nigri.

S. dreimal täglich nach Anweisung zu injizieren.

Pyrogallolum oxydatum. Unna empfiehlt (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1897, No. 34) statt Pyrogallol diese Verbindung bei Lepra als ein von den Nebenwirkungen des Pyrogallols freies Mittel.

℞ *Pyrogalloli oxyd.* 50,0,
Acid. salicyl. 60,0,
Lanolin. 900,0.
Mf. ungt.

Innerlich giebt er es in Citronenessenz, 50,0 auf 1 l, hiervon täglich 4 Eßlöffel. Resultat: auffallende Besserung des Gesamtbefindens, Schwund sämtlicher Flecken, Papeln, Knoten, Abnahme der Bacillen in den abheilenden Knoten, Unterbleiben der Bildung charakteristischer Knoten.

Lepraserum nach Dr. CARRASQUILLA. Die guten Erfolge CARRASQUILLAS und anderer Fachmänner (Verhandlungen des Lepra-Kongresses) haben MERCK, einem Vorschlage Dr. GRÜNFELDS in Rostow a. Don Folge leistend, veranlaßt, ein Lepraserum herzustellen. Das primäre Serum wird von GRÜNFELD den Kranken des Gebietes der Donschen Kosaken entnommen und MERCK zu den Inokulationsversuchen an Pferden übersandt. Versuche sind im Gange. *A. Strauß-Barmen.*

Zur Anfertigung von Suppositorien und Stäbchen (*Pharm. Centralhalle.* 1897. No. 46). Aus der Mitteilung ist der Erwähnung wert, daß Suppositorienmassen mit viel flüssiger Substanz (z. B. Ichthyol) zu Cacaoöl einen Wachszusatz erhalten. Für Gelatinestäbchen sind als Grundmasse E. DIETERICHS Gelatina glycerinata dura et mollis zu empfehlen. Für Bacilli gelatinosi cum Jodoformio 33% nehme man 10 g Gelatine, diese läßt man mit 10 g Wasser und 20 g Glycerin 2 Stunden aufquellen, schmilzt das Gemisch im Wasserbade und rührt 20 g mit wenig Wasser angeriebenes pulverisiertes Jodoform darunter. *A. Strauß-Barmen.*

Das Aristol in der Chirurgie, von GRASSET. (*La France méd.* 1897, No. 39.) Ähnlich wie das Jodoform bildet das Aristol, als Puder gebraucht, mit dem Wundsekret einen festen Überzug, der die Heilung unter der Kruste begünstigt; es wirkt aber in dieser Hinsicht mächtiger als das Jodoform und ist frei von den reizenden Eigenschaften auf die Umgebung; es entwickelt schnelle Granulationen, ohne daß sie zu üppig wurden, und bildet eine feste Narbe. Die Aristolsalben zeichnen sich dadurch aus, daß sie eine beständige Feuchtigkeit der Wunden bewirken, indem sie vermöge ihres Fettgehaltes die Austrocknung verhindern durch Unterhaltung einer leichten Lymphschicht an der Oberfläche der Wunden, daß sie durch den beständigen Kontakt des Aristols mit der granulierenden Oberfläche einen fortdauernden Reiz auf diese ausüben, daß sie ohne Störung der Granulationen, also ohne Blutung, einen leichten Verbandwechsel gestatten. Verfasser hat Kontusionen, ausgedehnte Zerreißungen an den Fingern, erhebliche Zerstörungen infolge von entzündlicher Gangrän, atonische Geschwüre schnell unter Aristol heilen sehen. *A. Strauß-Barmen.*

Über den Gebrauch des Europhens in der Dermatologie, von J. VAN DER SPEK-Amsterdam. (*Med. Weekblad.* 1897. No. 24.) Über den therapeutischen Wert des E. haben sich schon zahlreiche Autoren günstig geäußert. Die alten Erfahrungen finden eine neue Bestätigung in der vorliegenden Arbeit, in welcher Verfasser über die Anwendung des E. in der dermatologischen Praxis berichtet. Er wandte E. an bei luetischen, lupösen und leprösen Ulcerationen, bei Frost- und Brandwunden, chronischen Beingeschwüren, weichem Schanker und ähnlichen Fällen, und zwar entweder als reines Pulver resp. mit Talk vermischt oder als 4—10%ige Salbe. Fast stets wurde das Mittel gut vertragen, ohne die geringsten Reizerscheinungen hervorzurufen. Nur in zwei Fällen mit besonders abundanter Sekretion trat eine ganz leichte Dermatitis auf, die mit der Sistierung der Anwendung gleich schwand. Mit den Resultaten war Verfasser überaus zufrieden, sodaß er seine Anwendung im obigen Falle aufs angelegentlichste befürworten kann. *A. Strauß-Barmen.*

In der Nummer 9 vom 27. November 1897 enthält *The Lancet* einen kurzen Artikel von M. Eden Paul (Nagasaki-Japan), worin derselbe vor weiterer Anwendung von **Kerosin**, welches als bestes Mittel gegen Pediculosis capitis gilt, dringendst warnt, und zwar veranlafst durch einen Todesfall infolge Verbrennung, welche auf spontane Selbstentzündung des Haares bei Gebrauch von Kerosinwaschwasser zurückgeführt wird. Die Untersuchung des Falles ergab, dafs ein offenes Licht dem Haare sich nicht genähert hat, und wahrscheinlich ist es, dafs eine explosive Mischung von Luft und Kerosindampf sich entwickelt hat und dann durch einen elektrischen Funken, welcher durch Reibung des Haares entstanden war, entzündet wurde.

Stern-München.

Das Lycetol bei Erkrankungen der Harnorgane, von P. Hamonic. (*Rev. clin. d'androl. et de gynäk.* 13. März 1897.) Lycetol ist ein äufserst energisches Lösungsmittel für Harnsäure und harnsaure Salze, es wirkt fast siebenmal so kräftig wie Lithion, dabei hat es eine sehr bedeutende diuretische Wirkung. Ein schwerer Fall von Harngries, welcher bereits den Gedanken einer Nephrotomie nahe legte, heilte nach 14 Tagen ausschliefslicher Lycetolbehandlung, nachdem ein Stein entleert war. Das Sedimentum lateritium schwindet sehr schnell bei Lycetolgebrauch. Nierensteine löst Lycetol nicht auf. Phosphaturie kontraindiciert das Lycetol. Bei 16 Fällen von Cystitis purulenta war eine günstige Wirkung auf die Eiterung zu beobachten. Bei Blennorrhoen trat bei Lycetolgebrauch im akuten Stadium eine schnelle Besserung ein. Bei Diabetes giebt Verfasser 0,01 Natr. arsen. und 1 g Lycetol täglich mit günstigem Erfolge. Besonders wird das brausende Lycetol empfohlen. Schädliche Wirkungen wurden nicht beobachtet. *A. Strauſs-Barmen.*

Über die Wirkung des Lycetols, von de Tollenaere. (*Belg. méd.* 28. Januar 1897.) Nach des Verfassers Erfahrungen ist das Lycetol, ohne spezifisch zu sein, ein wertvolles Mittel für die Behandlung der gichtischen und chronisch-rheumatischen Affektionen und es hat keine schädlichen Nebenwirkungen auf Nieren oder Magen. Gaben $1^1/_2$—2 g täglich in mehreren Einzelgaben. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Protargol, ein neues Antiblennorrhoicum und Antisepticum, von Benario-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 49.) Zunächst untersuchte Verfasser das Protargol bakteriologisch und fand, dafs wir in dem neuen Silberpräparat ein sehr wirksames Desinficiens besitzen, welches bei bakteriellen Erkrankungen, namentlich bei solchen, die durch pyogene Kokken bedingt sind, grofse Beachtung verdient. Die klinische Prüfung des Mittels, dessen leichte Löslichkeit in Wasser und dessen Reizlosigkeit besonders hervorzuheben sind, ergab vorzügliche Erfolge bei der Blennorrhoe, bei der es in 0,3—1,5%igen Lösungen zu prolongierten Injektionen verwandt wurde. Die Gonokokken verschwanden nach 10—14 Tagen. Auch bei der Vaginal- und Cervikalblennorrhoe leistete das Mittel sehr gute Dienste (10%ige Glycerintampons). Fernerhin ist Protargol ein sehr gutes Antisepticum in der Wundbehandlung, namentlich bei Unterschenkelgeschwüren. Verfasser bezeichnet das Protargol als ein souveraines Mittel bei der Behandlung der Blennorrhoe schon in schwachen Lösungen und als ein sehr wirksames Mittel bei der Wundbehandlung und bei bakteriellen Erkrankungen. *A. Strauſs-Barmen.*

Tod durch Vergiftung mit Pyrogallussäure, von F. B. Reilly. (*Brit. med. Journ.* 10. Juli 1897.) Eine 32jährige Frau, die mit ihrem Manne Streit gehabt hatte, nahm ca. 15 g Pyrogallussäure in Lösung, um sich zu vergiften. Wenige Stunden später fand sie Verfasser in schwerem Zustande vor. Ihr Gesicht war aschfahl, nur Lippen, Wangen und Ohren waren dunkelblau. Die Haut war kalt, Pu-

pillen normal. Die Patientin war bei Bewufstsein, nahm jedoch von niemandem Notiz. Die Herzaktion war sehr schwach; Zunge dunkelbraun, trocken. Zwei Stunden lang hatte die Patientin Erbrechen gehabt. Sie klagte nicht über Magenschmerzen oder Magendruck. Das Abdomen ist auf Druck nicht empfindlich. Trotz rechtzeitig angewandter Gegenmittel und Excitantien starb die Patientin ca. 68 Stunden, nachdem die ersten Vergiftungserscheinungen aufgetreten waren. Die Sektion ergab starke Kongestion aller Eingeweide; die Nieren waren von dunkelroter Farbe; die Blase enthielt Blut, die Herzkammern waren angefüllt mit Blutklumpen; die Magen- und Darmschleimhaut erwies sich stark injiziert. Bemerkenswert in dem vorstehenden Falle ist das Fehlen gastrischer Schmerzen und jedes Druckgefühls.

C. Berliner-Aachen.

Die Behandlung der Pyrogallussäurevergiftung, von J. B. Smith. (*Brit. med. Journ.* 17. Juli 1897.) Mit Beziehung auf den jüngst von F. B. Reilly publizierten Fall von Vergiftung mit Pyrogallussäure erinnert Verfasser an seine im Jahre 1894 bis 1896 in den *Medical Times* und *Hospital Gasette* erschienene Arbeit über die Antidota organischer Gifte, die wie die Pyrogallussäure, Hydroxylamin, Morphin, Apomorphin, Veratrin, Antipyrin oxydierbare Substanzen sind und an erster Stelle in ihrer Wirkung durch Kaliumpermanganat beeinträchtigt werden. Verfasser hat l. c. auch die Quantitäten genau angegeben, die für derartige Vergiftungen als Gegengift erforderlich sind.

C. Berliner-Aachen.

Zur Kenntnis der Salophenwirkung, von Rich. Bloch. (*Die Heilkunde.* 1898. No. 1.) Bei einem 30jährigen Manne, welche an Pruritus cutaneus litt und der alle möglichen Mittel ohne besonderen Erfolg angewandt hatte, wurde durch Salophen (viermal täglich 1 g) in drei Tagen Heilung erzielt; mit jedem Pulver wurde das Jucken geringer, um endlich ganz aufzuhören. Ein 47jähriger an Pruritus mit grofsen Furunkeln und Hautabcessen ex ictero gravi leidender Mann ($1^1/_2$jähriger dauernder Ikterus, Eiterungen im Unterhautzellgewebe etc.) nahm Salophen ohne Erfolg; während aber alle anderen Mittel vom Magen schlecht vertragen wurden, hatte Salophen auf den Verdauungstractus keinen störenden Einfluss.

A. Strauß-Barmen.

Zur Charakteristik der Somatose, von Fr. Maaben in Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 1.) Die Untersuchungen des Verfassers über den Einfluss der Somatose auf den Hämoglobingehalt des Blutes sind auch für Anämien, welche als Folgen von Haut- und Geschlechtskrankheiten, insbesondere der Syphilis auftreten, von grofser Bedeutung. Schon nach verhältnismäfsig kurzer Zeit beobachtete er eine Zunahme des Hämoglobingehaltes, welche, während des Gebrauches beständig fortschreitend, einige Male nahezu die Norm erreichte. Stets besserte sich der Appetit, die Blässe nahm ab, das subjektive Kräftegefühl zu.

A. Strauß-Barmen.

Über den therapeutischen Wert des Tannoform, von M. Ebersohn in Tarnów. (*Ärztl. Central-Anz.*, Wien. 1897. No. 26.) Physiologische Versuche ergaben, dafs man von Tannoform relativ viel sowohl äufserlich als innerlich verwenden darf, ohne Nebenerscheinungen befürchten zu müssen.

Ein Eczema squamosum der Unter- und beider Oberschenkel sah Verfasser nach zweimaliger (!) Anwendung von Tannoform-Streupulver schwinden. Auch andere Fälle von Ekzem heilten unter Tannoform schnell, sowohl trockene wie intertriginöse Formen. Auch bei Favus sah Verfasser gute Erfolge und empfiehlt daher Tannoform bei Favus wärmstens, überhaupt in allen Fällen, wo neben einer antizymotischen eine zusammenziehende Wirkung auf die Haut erstrebt wird, ferner bei Schweifsfüfsen als

Specificum, sowie bei Unterschenkelgeschwüren torpiden Charakters als schnell die Granulationen anregendes Mittel. Hervorzuheben sind auch die Geruch- und Reizlosigkeit des Mittels. *A. Strauß-Barmen.*

Über Thiosinamin, von Sinclair Tousey. (*New York med. Journ.* 6. Novbr. 1897.) Tousey, welcher als erster dieses Mittel gegen Narbenkeloid anwandte, hat seine seit 1894 gemachten Erfahrungen und Erfolge bereits im Mai 1896 in dem obengenannten Fachblatte veröffentlicht und bringt nun Ergänzungen zu den früheren Fällen und eine Reihe eigener und von anderer Seite ihm mitgeteilter weiterer Beobachtungen. T. wurde auf das Thiosinamin, einen in der chemischen Zusammensetzung dem Harnstoff ähnlichen Körper, dadurch aufmerksam, daſs es die entstellenden nach Lupus zurückgebliebenen Narben zur Erweichung und Verkleinerung brachte und daſs dessen hypodermatische Einverleibung eine ungewöhnliche Anregung der Zellthätigkeit im Blute und Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen zur Folge hatte, wodurch in erhöhtem Grade abgenutztes oder nieder organisiertes Material auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn aus dem Körper eliminiert werde. Gleichzeitig lehrten anderweitige Beobachtungen, daſs das Mittel auch eine Steigerung der Diurese bewirke. Irgend welche unangenehme Nebenwirkungen, auſser bei zu groſsen Dosen geringen Brechreiz und bei zu lange ohne Unterbrechung fortgesetztem Gebrauch Kopfschmerz und Übelkeit, zeigte es nicht; wichtig ist, die Patienten von vornherein auf die lange Dauer der Kur aufmerksam zu machen. T. wählte dazu meist die subcutane Einverleibung einer 10%igen Lösung (von Wasser und Glycerin zu gleichen Teilen), von welcher alle drei Tage eine Spritze in die Glutaei oder Triceps injiziert wird (= ca. 0,15 Thiosinamin), einmal die Darreichung per os. In zahlreichen Fällen von Narbenhypertrophie und -Keloid sah er stets merkliche Besserung, aber nur drei Personen hielten so lange stand, daſs nach jahrelanger Beobachtung definitive Heilung konstatiert werden konnte; nicht veröffentlichte Fälle zeigen die Nützlichkeit des Mittels bei Narben infolge Verbrennung u. a. m. Bei bösartigen Neubildungen (Sarkom und Carcinom) soll es vorübergehenden Stillstand des Leidens und Besserung des Allgemeinbefindens sowie Erhöhung des Körpergewichtes verursacht haben. Bei Harnröhrenstrikturen, welche nur mehr auf operativem Wege einer Heilung zugänglich schienen, bewirkten die intramuskulären Injektionen in die Glutäalgegend Erweichung des harten Narbengewebes und ermöglichten in der weiteren Folge die Durchführung der Sondenkur. Schlieſslich richtet T. noch unter Anführung eines selbst beobachteten, eklatanten Falles die Aufmerksamkeit darauf, daſs eine Heilung der Taubheit in den Fällen — und diese sind sehr häufig —, wo fibröse Massen und Verwachsungen in der Paukenhöhle die Bewegungen der Gehörknöchelchen unmöglich machen, oder wenigstens bedeutende Besserung mit Thiosinamin zu erzielen ist. Die Wirkung desselben vergleicht er mit jener von Quecksilber, Arsenik, Jodkalium u. a. m., welche Mittel die Krankheiten im Körper zu finden wüſsten, in welchen Organen nur immer sie verborgen seien. *Stern-München.*

Über Vasogene, von Bruno Schürmayer. (*Dtsche. Medizinalztg.* 1898. No. 6—8.) Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der betreffenden Litteratur die Bedeutung der Vasogene. Den Wert des Jodoformvasogens schätzt er sehr hoch. Nach seinen Untersuchungen an einem tuberkulösen Abscefs übt dasselbe eine leukotaktische Wirkung auf die Leukocyten aus, die dann zum Teil durch Schutzstoffe, zum Teil durch Phagocytose die Bacillen vernichten. Es eignet sich das Jodoformvasogen besonders zur Tamponade. — Das Jodvasogen wird leicht resorbiert, erzeugt eine Hyperleukocytose. Niemals tritt Dermatitis ein, höchstens etwas Abschuppung. Der Indikationen giebt es zahlreiche. — Chemische Untersuchungen veranlassen den Verfasser,

den Vasogenen von Pearson allen Wert abzusprechen und nur die Klevenschen anzuerkennen. (Wie aber jetzt, nachdem die beiden feindlichen Parteien, die sich in wenig erquicklicher Weise in den Blättern herumzankten und sich gegenseitig Lüge, Verleumdung etc. vorwarfen, sich vertragen und gegenseitig als Gentlemen anerkannt haben, und es nur noch Pearsonsche Vasogene giebt? Sind diese auch jetzt nicht gut? Das ist eine dunkle Sache, ebenso dunkel, wie der Streit unter den Firmen, gelinde gesagt, unfein war und dem Annoncenteil der Blätter nicht zur Verschönerung gereichte. Wenn sie nur bei solchem Streit die Ärzte mit den vielen Zusendungen verschonen wollten! Ich speziell bin mit den Pearsonschen Präparaten stets zufrieden gewesen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. P.*

Zur Xeroformtherapie venerischer Erkrankungen, von Hermann Metall. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 39.) In der Grünfeldschen Poliklinik sind mit Xeroform beim Ulcus molle ausgezeichnete Erfolge erzielt worden. Die Sekretion läfst bald auffallend nach, die Ulcera greifen nicht weiter um sich, gesunde Granulationen sprossen auf, die Benarbung erfolgt schnell. Dazu ist das Mittel reizlos, ruft keine Pseudoinduration hervor; eitrige Bubonen bildeten sich nur einmal unter 80 Fällen. Günstig war der Einfluſs des Xeroforms auch bei exulcerierten Initialmanifestationen, zerfallenen papulösen Infiltraten, erweichten Gummiknoten. Keratoplastisch wirkt es bei oberflächlichen Läsionen: Herpes progenitalis, Balanoposthitis, Verbrennungen zweiten Grades. — Auch frische, operativ geschaffene Wunden heilen gut unter Xeroform, welches mit dem Gewebsserum eine feste Kruste bildet, wodurch der exakte Verband an manchen Stellen entbehrlich wird. — Intern wurde Xeroform gegeben als Darmantisepticum bei akuter und chronischer Urticaria. Dosis: 3mal täglich 0,5. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Einige klinische Bemerkungen über den Tripperprozeſs, von Valerio. (*Annales d. mal. d. org. gén.-ur.* 1898. No. 11.) Der Verfasser bringt einen interessanten Beitrag zum biologischen Studium des Gonococcus. Seine Studie bezieht sich auf 820 Fälle. Die verschiedenen von ihm geprüften Punkte sind folgende: A. Inkubations-Periode der Blennorrhoe: Unter 820 Fällen hat der Verfasser für 223 genau die Periode der Inkubation feststellen können. Die für die Vermehrung des Gonococcus notwendige Zeit schwankt in der Mehrzahl der Fälle zwischen zwei und fünf Tagen. Der dritte und vierte Tag sind am meisten begünstigt, dann kommt der fünfte, dann der zweite und nun in abnehmender Frequenzreihe der achte, siebente, erste, sechste, zehnte, neunte, vierzehnte und der zwanzigste. Man muſs festhalten, daſs die Inkubationsperiode nur 24 Stunden dauern kann; diese Grenze liegt also noch unter der von Tommasoli aufgestellten Minimalgrenze von 36 Stunden. Endlich steht die Schwere der Blennorrhoe nicht in direktem Verhältnis mit der Heftigkeit der Symptome, noch auch mit der Inkubation. — B. Phänomen der schmerzhaften Erektionen: Die Praxis hat dem Verfasser gezeigt, daſs in Fällen mit geringem Ausflusse und wenig starkem Schmerz beim Urinieren die Erektionen im Gegenteil sehr schmerzhafte waren und umgekehrt. Diese schmerzhaften Erektionen existieren hauptsächlich in den ersten 14 Tagen der Krankheit und werden mehr und mehr selten. — Was das Alter der Kranken betrifft, welche schmerzhafte Erektionen darboten, so findet man, daſs 36,15% der Fälle vorkommen bei jungen Leuten von 15—20 Jahren, 45% der Fälle bei Männern von 20—30 Jahren, 15% der Fälle bei Männern von 30—40 Jahren. Im Allgemeinen kommen schmerzhafte Erektionen bei jungen Leuten

besonders leicht vor. — C. Die Beziehungen der Blennorrhoe zu den Jahreszeiten: Aus statistischen Aufzeichnungen von 13 Jahren zieht Verfasser den Schluſs, daſs das Leiden am häufigsten im Juli vorkomme. — D. Inkubationsperiode in verschiedenen Jahreszeiten: Eine Inkubationszeit von einem bis zu drei Tagen sei in der kalten Jahreszeit häufiger als in der warmen: — E. Beziehungen der Epididymitis zu den Jahreszeiten: Die heiſsen Monate sind bekanntlich reicher an Nebenhodenentzündungen als die kalten. — Die Berufsarten, welche am meisten anstrengen, liefern mehr Kranke als die übrigen. *Neuhaus-München.*

Aufsergewöhnlich lange Inkubation eines Trippers, von F. Bruck. (*Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 95.) Ein Patient zeigt 14 Tage nach dem letzten Coitus Ulcera im Sulcus coronarius. Er wird deshalb behandelt und stellt sich jeden andern Tag vor. Etwa 4½ Woche nach dem Coitus stellt sich unerwartet eine akute Blennorrhoe ein. Verfasser ist geneigt, gemäſs den Angaben des Patienten diese aufsergewöhnlich lange Inkubationszeit der Blennorrhoe in diesem Falle anzuerkennen, zumal für denselben wegen der Ulcerationen und der Schwellung des Präputiums eine Erektion nur Unangenehmes hatte. (So sicher scheint der Fall doch nicht, wie Verfasser glaubt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronischer Tripper und Ehe, von Jullien. (*France méd.* 1896.) Verfasser weist auf die Verdienste von Noeggerath hin, welcher zuerst auf die entfernteren und mannigfaltigen Gefahren eines „100 mal furchtbareren Feindes als die Syphilis" aufmerksam gemacht hat. Er zählt dann die verschiedenartigen Erscheinungen auf, welche bei der Frau infolge von Blennorrhoe des Mannes auftreten: Vaginitiden, Urethritiden, Metritiden, Parametritiden, Pelviperitonitiden, Pyosalpinx, Sterilität, allmähliches Hinsiechen, verdächtige mono- und polyartikuläre „Rheumatismen", puerperale Septikämie etc. etc. Die Affektion richtig erkennen und behandeln, bevor das Unheil angerichtet. *C. Müller-Genf.*

Die Häufigkeit der Blennorrhoe bei verheirateten Frauen, von George G. van Schaick. (*New York med. Journ.* 30. Okt. 1897.) Veranlaſst durch die Angaben Noeggeraths, welche vielen Zweifeln unter den Ärzten begegneten, untersuchte v. Sch. alle in den letzten drei Jahren in seiner Behandlung befindlichen, an Fluor albus leidenden verheirateten Frauen (im ganzen 65) und fand bei 17 derselben, d. h. 26%, Gonokokken, bei einigen allerdings erst bei der zweiten resp. dritten Untersuchung. Diese Resultate zeigen, daſs die Blennorrhoe bei verheirateten Frauen viel häufiger ist, als allgemein angenommen wird, und beweisen die völlige Nutzlosigkeit bloſser Okularinspektion zur Erkennung der Blennorrhoe bei der polizeilichen Kontrolle z. B. In Anbetracht der relativ geringen Zahl seiner Fälle will v. Sch. noch von weiteren Schlüssen absehen, fordert aber zur genauen Nachprüfung an möglichst ausgedehntem klinischem Material auf. *Stern-München.*

Über die Verbreitung des blennorrhoischen Prozesses von der Pars anterior auf die Pars posterior der Urethra und über eine neue Kanüle zu totalen Harnröhrenirrigationen, von Colombini. (*Morgagni,* 1897.) Verfasser betrachtet die Ausbreitung der Blennorrhoe über die ganze Urethra als ein so zu sagen konstantes Vorkommnis. Er macht deshalb von vornherein Totalirrigationen der Harnröhre und zwar mit einer von ihm ersonnenen billigen Spritze, die der Patient selbst anwenden kann. Sie besteht aus einem birnförmigen circa 200 cbcm fassenden Recipienten aus Glas, der vorn eine olivenförmige Ausmündung trägt, welche in die Urethralöffnung eingeführt wird und diese vollständig nach aufsen abschlieſst. Die Spülflüssigkeit (Sublimat 1:30000—10000, Kalium permangan. 1:4—2000, Argent.

nitr. 1:6000—1000, Resorcin und Ichthyol 1,5:100) wird mittelst Gummiballon, welcher sich an die andere Extremität des Glasgefäßes adaptieren läßt, in Urethra und Blase eingetrieben. Im floriden Stadium der Blennorrhoe verwendet C. hauptsächlich Kalium permanganicum, später Höllenstein und besonders Resorcin und Ichthyol.

C. Müller-Genf.

Entzündung des Beckengewebes im Anschluß an Blennorrhoe, von H. Todd. (*Brit. med. Journ.* 8. Mai 1897.) Der 20jährige Patient hatte ein venerisches Geschwür an der Innenfläche des Präputiums mit Phimosis und Urethritis. Die Cirkumcision wurde gemacht. Es erfolgte Heilung durch Granulation. Einen Monat später bekam er Cystitis und rechtsseitige Epididymitis. Weitere vier Wochen später wurde der linke Nebenhoden und Samenstrang befallen. Gleichzeitig klagte der Patient über Schmerzen in der linken Regio iliaca. Die Stühle waren stark diarrhoisch und enthielten viel Schleim. Die Untersuchung per rectum stellte einen großen Tumor fest. Ferner wurde Fluktuation im linken Scrotum entdeckt. In Äthernarkose wurde ein kleiner Abceß an der äußeren Seite des linken Testikels eröffnet, die Incision dann weiter längs des Samenstranges bis hinauf zum inneren Ringe ausgedehnt. Da Verfasser während des Operierens Fluktuation auch in der linken Fossa iliaca verspürte, so incidierte er weiter bis gegen die linke Spina anterior superior ossis ilei und stieß an der Fascia transversalis oberhalb des inneren Ringes auf eine prall gefüllte Geschwulst. Dieselbe wurde eröffnet und eine große Menge Eiter abgelassen. — Der Patient genas. Fünf Tage nach der Operation waren die Blasen- und Rectalsymptome verschwunden.

C. Berliner-Aachen.

Über Rectalstriktur durch Blennorrhoe spricht Koenig in der Gesellschaft der Charité-Ärzte. Sitzung 7. Januar 1897. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 30.) Die Ulceration und Strikturierung des Rectum kommen nicht nur beim weiblichen Geschlecht vor, wenn sie auch beim Manne seltener sind. Die Entstehung ist wohl meistens auf Autoinfektion, nicht auf Coitus praeternaturalis zurückzuführen. Ursachen sind Syphilis und Blennorrhoe. Die Syphilis kann als primäre Infektion sich im Rectum etablieren, das ist aber gewiß außerordentlich selten. Häufiger sind sicherlich Plaques muqueuses und tiefe Gummata die Veranlassung. Auf welchem dieser Wege die Strikturierung zu stande gekommen, ist später festzustellen unmöglich. Untersucht man ein solches strikturiertes Rectum, so findet man wulstige Schleimhauterhebungen, dazwischen Geschwüre, narbige Stellen, kallöse Infiltration wie bei Harnröhrenstriktur. In anderen Fällen sind gummiähnliche Knoten fühlbar. Ein besonderes Bild bietet die Blennorrhoe des Rectums, die frisch natürlich leicht zu erkennen ist. Mit der Zeit verwischt sich das Bild. Bemerkenswert sind hahnenkammförmige Anschwellung um die Aftermündung, hypertrophische, entzündliche Hautfalten, die auch bei anderen Analleiden vorkommen, aber da nicht so charakteristisch und kolossal sind, nicht so tief hineingehen. In diesen Fällen gelingt es oft nach Beseitigung der Vegetationen der Pars sphincterica, Glättung der Schleimhaut und Excision der darüber befindlichen strikturierten Stelle ein vorzügliches, funktionelles Resultat zu erzielen. Der Redner zeigt Präparate von blennorrhoischen Rectalstrikturen vor. — Behrend hat bei Prostituierten oft umfangreiche Ulcerationen des Rectums ohne Syphilis gesehen. Er vermutet, daß dieselben auch aus mechanischen Einrissen entstehen können. — J. Wolff: Die blennorrhoischen Ulcerationen gehen nicht so hoch hinauf wie die luetischen. Man könnte also von dem Verfahren, wie es der Vortragende einschlägt, auch radikale Heilung erwarten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blennorrhoe mit ausgedehnter Eiterung; Urin- und Kotextravasation, beobachtet im Guy's Hospital von Cl. Lucas. (*Lancet.* 24. Juli 1897.) Zwei Monate

nach dem Auftreten einer akuten Blennorrhoe Urinretention, die nach fünftägiger Katheterisation behoben ist; ungefähr eine Woche später empfindliche, besonders bei Urinentleerung schmerzhafte Schwellung am Perineum, der bald eine Anschwellung oberhalb der Symphyse folgt, aus welcher durch Incision Eiter entleert wird. Weiterhin bildet sich eine Kommunikation zwischen Urethra und Rectum, so daſs durch das Rectum Urin abflieſst und durch die Incisionswunde am Abdomen Flatus und Kot abgehen. In der rechten Epididymis harter, kirschkerngroſser Knoten. — Nach langwierigem Verlauf Heilung. *H. Einhorn-München.*

Über Gonokokkenpyämie, von G. Singer. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 29 bis 32.) Verfasser berichtet über neun Fälle blennorrhoischer Metastasen, welche er selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, deren Krankengeschichten er ausführlich mitteilt unter Hinweis und Vergleichung der in der Litteratur vorkommenden Fälle. Der erste Fall betraf eine 42jährige Frau, bei der sich nach einer Myomoperation eine Gelenkentzündung, bald darauf eine Peritonitis entwickelte, welche sich sowohl mikroskopisch als auch kulturell als blennorrhoisch erwiesen hat. Währenddem die akuten Erscheinungen in Zurückbildung begriffen waren, starb die Frau an einer vom Decubitus ausgehenden Septikämie. — Die anderen sieben Beobachtungen beziehen sich auf blennorrhoische Gelenkentzündungen, von denen vier bakteriologisch untersucht wurden, aber ein negatives Resultat ergaben. — Der neunte Fall, der auch letal endete, wurde mit einer blennorrhoischen Endocarditis kompliziert. Der bakteriologische Befund war auch ein negativer. Verfasser macht nun auf Grundlage seiner klinischen Beobachtungen und der ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen folgende Schluſsfolgerungen: 1. Die extragenitalen Komplikationen des blennorrhoischen Prozesses (Affektionen des Herzens, der Gelenke, Sehnenscheiden, der Iris etc.) sind als durch Verbreitung des Gonococcus auf dem Wege der Blutbahn entstandene Metastasen aufzufassen. 2. Diese Metastasen sind den pyämischen gleichzustellen und können auch längere Zeit nach der primären blennorrhoischen Infektion gesetzt werden. In seltenen Fällen zeigt das hierbei auftretende Krankheitsbild eine völlige Übereinstimmung mit dem der vulgären Pyämie entsprechenden Verlaufe, so daſs namentlich für diese Fälle die Bezeichnung Gonokokkenpyämie berechtigt ist. 3. Die blennorrhoische Arthritis verläuft nicht selten polyartikulär und zeigt nach vielen Richtungen Analogien mit dem genuinen Gelenkrheumatismus.

Alpár (Aschner)-Budapest.

Babes und Sion beschreiben **einen Fall von Endocarditis und Pyoseptikämie infolge von blennorrhoischer Infektion.** Der Fall verlief letal und auf den Vegetationen des Endocards wurden mikroskopisch und kulturell Kokken nachgewiesen, welche die Verfasser für Gonokokken ansahen. (*Archives d. scienc. méd.* 1896. No. 6.)

C. Müller-Genf.

Posticuslähmung bei Blennorrhoe, von Lazarus. (*Archiv f. Laryngol.* Bd. V.) Ein Patient mit akuter Blennorrhoe, der die Entzündung mehrerer Gelenke folgte. Als Blennorrhoe und Arthritiden geschwunden waren, stellten sich Schmerzen beim Schlucken, Hustenreiz und Atemnot ein, die sehr hochgradig wird. Das Laryngoskop zeigt: Schwellung der Taschenbänder, Stimmbänder in Adduktionsstellung, das linke straff gespannt in der Mittellinie, das rechte anfangs ein wenig nach hinten abgewichen; die Stimmritze von rechtwinkliger Gestalt; die intralaryngealen Teile absolut unbeweglich. — Tracheotomie. — Heilung. — Während des Krankheitsverlaufs einmal eine Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Zeigefingers, einmal des linken Malleolus externus. — Der laryngologische Befund entsprach einer Posticuslähmung, die Verfasser mit der Blennorrhoe in Zusammenhang bringt. — Nachdem

er noch die Litteratur über Trippermetastasen rekapituliert, führt er einen Fall von Engel-Reimers an, der eine Kehlkopflähmung neben anderen Lähmungen bei Blennorrhoe sah. — Dafs die Posticuslähmung myopathischen Ursprungs, die Affektion durch eine Affektion der Kehlkopfgelenke oder eine Perichondritis bedingt gewesen sei, ist ausgeschlossen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blennorrhoe, mit Polyneuritis kompliziert — Polyneuritis blennorrhoica, von Ed. Welander-Stockholm. (*Nordiskt medicinskt Arkiv.* 1897. No. 8.) In diesem Aufsatze handelt es sich um einen 21jährigen, im übrigen gesunden Kaufmann, welcher in seinem dreizehnten Lebensjahre nach Scarlatina eine vorübergehende Albuminurie und gleichzeitig während einiger Monate einen paretischen Zustand der Unterextremitäten, von welchen er vollständig genas, gehabt hatte. Niemals Syphilis! Während des Verlaufs einer mit Epididymitis und Prostatitis komplizierten Blennorrhoe zeigten sich in der sechsten Woche vorübergehende Symptome einer generellen Infektion (Kopfschmerzen, Mattigkeit, Affektion des rechten Kiefergelenks u. s. w.) und fast gleichzeitig eine aufserordentlich verbreitete, afebril verlaufende Affektion des motorischen Nervensystems — aller vom Rückenmark ausgehenden Muskelnerven und des 7. und 11. Hirnnerven —, welcher den Kranken in den desolatesten paretischen Zustand versetzte. Es waren auch die Gefühlnerven etwas affiziert; die Reflexe waren aufgehoben; keine Muskelatrophie. Die Intelligenz unbeschädigt. Etwas Albuminurie und Cylindrurie. Die Blennorrhoe war durch Behandlung mittelst der Janetschen Methode wenige Tage vor dem Tode geschwunden. Dieser letztere trat 8½ Wochen nach dem Auftreten der nervösen Symptome ein durch Asphyxie wegen Parese der Respirationsmuskeln in Verbindung mit einer purulenten Bronchitis. — Sektionsdiagnose: Pachymeningitis chronica externa; Ecchymoses subpleurales; Bronchopneumonia acuta; Bronchitis purulenta; Splenitis acuta levis; Nephritis parenchymatosa acuta levis; Ulcus rotundum duodeni; Colitis follicularis acuta; Prostatitis purulenta. — Kultivierung von Blut und verschiedenen Drüsengeweben auf Agar-Agar gab negatives Resultat. Durch mikroskopische Untersuchung der Muskeln und des centralen und peripheren Nervensystems konnten nur Veränderungen in sämtlichen peripheren Nerven nachgewiesen werden. Die pathologisch- anatomische Diagnose wurde dann ebenso wie die klinische auf akute Polyneuritis gestellt. Die Abhandlung schliefst mit der Erwähnung der differentiellen Diagnose und des Engel-Reimersschen Falles von Polyneuritis blennorrhoica. Verfasser nimmt an, dafs es sich auch bei seinem Kranken nach aller Wahrscheinlichkeit um eine auf blennorrhoischer Allgemeininfektion beruhende Toxinwirkung gehandelt hat.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Eine Spätform der blennorrhoischen Cystitis beim Weibe, von Kolischer. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 42.) Verfasser beobachtete Blasenentzündungen, welche er „geschwürige, infiltrierende Cystitis" nennt, bei solchen Frauen, deren Cystitis entweder gar nicht oder nicht zweckmäfsig behandelt wurde. Der cystoskopische Befund war in der Regel folgender: Inmitten der normal gefärbten, injizierten Blasenschleimhaut sieht man verschieden grofse, bräunliche Flecken, deren Centrum plateauartig erhaben ist; diese Plateaux sind von hanfkorn- bis linsengrofsen, gelblichweifsen Exsudatmassen bedeckt. Dieser Belag ist nicht abziehbar und nach Entfernung desselben zeigt sich ein unregelmäfsig granuliertes mifsfarbiges Geschwür, dessen Umgebung wallartig infiltriert erscheint, welche Infiltration oft bei bimanueller Untersuchung getastet werden kann. Die Kranken klagen über häufigen Harndrang, Druck, Schwere und Schmerzen in der Blasengegend. Was die Therapie anbelangt, curettiert Verfasser unter Begleitung des an der Schautaschen Klinik gebräuchlichen

Operationscystoskopes die erkrankten Stellen, nachdem sich ihm Blasenausspülungen nutzlos erwiesen, und bei entsprechender Nachbehandlung kommt der Prozeſs rasch zur Heilung. *Alpár (Aschner)-Budapest.*

Ein Fall von blennorrhoischer Cystitis, von A. Lindholm - Helsingfors. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* 1896. No. 10.) Bei einem 19jährigen Weibe mit Blennorrhoe und Symptomen eines Blasenkatarrhs wurden im Harne mikroskopisch und durch Züchtung Gonokokken, aber keine anderen Bakterien nachgewiesen. Cystoskopisch wurde eine starke Entzündung der ganzen Blasenschleimhaut nachgewiesen. Schnelle Wirkung von lokaler Behandlung mit Borsäure und 1—2% Lapislösung. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Querleiste der Harnröhre und Prostatitis acuta blennorrhoica, von Berthold Goldberg. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 5.) Bei einem Patienten mit ein halbes Jahr alter Blennorrhoe und Prostatitis stockt der behufs der sehr erschwerten Harnentleerung eingeführte Katheter im Anfangsteil der Harnröhre, dringt dann aber, nachdem man denselben etwas zurückgezogen und ihm eine andere Richtung gegeben, ohne weiteres ein. Es war deshalb nicht wahrscheinlich, daſs die von anderer Seite angenommene Striktur das Hindernis war; vielmehr mußte an eine Klappe gedacht werden. Endoskopisch fand man 3½ cm von der unteren Kommissur des Orificium externum urethrae einen transversal verlaufenden, glatten, harten, mattroten, 3 mm hohen Wulst an der oberen Harnröhrenwand. Es bestand ein leichter Grad von Hypospadie. Es handelte sich also um eine kongenitale Anomalie.

MAY 29 1899

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Frage der Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis. Vorläufige Mitteilung von Walter Collan. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 48.) Die blennorrhoische Epididymitis erklärten Eraud, Hugounenq und andere durch einen besonderen Coccus: Orchiococcus, der auch in der normalen Harnröhre gefunden ist. Carpentier nimmt eine Mischinfektion von Gonokokken, Orchiokokken und Eiterkokken an. Routier konnte zuerst in einem blennorrhoischen Abscefs des Nebenhodens Gonokokken kulturell nachweisen. Ähnliches gelang Grosz. — Verfasser fand in der durch Punktion aus dem entzündeten Nebenhoden entleerten Flüssigkeit mikroskopisch Eiterkörperchen und Spermatozoen, keine Bakterien. Die Kultur ergab nur Gonokokken, ebenso wie aus dem Urethralsekret nur Gonokokken gezüchtet werden konnten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Blennorrhoe nebst doppelseitiger Epididymitis bei einem 12jährigen Knaben, von E. S. Cox. (*New York med. Journ.* 15. Aug. 1896.) Wie Verfasser selbst sagt, bietet der Fall, abgesehen von dem jugendlichen Alter des Patienten, der sich an einer Prostituierten infiziert hatte, nichts von Interesse.

Philippi-Remscheid.

Die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica durch Guajacolapplikation, von Berthold Goldberg. (*Deutsche med. Wochenschr.* Therap. Beil. 1897. No. 7.) Bei sieben Fällen von Epididymitis blennorrhoica verfuhr Verfasser so, daſs, ohne die Injektionen in die Harnröhre auszusetzen, auf die Scrotalhaut Guajacol appliziert wurde. Die Patienten gingen umher und trugen ein Suspensorium. Der Verlauf war ein milder, schmerz- und fieberloser. Es ist das auf das Guajacol zurückzuführen, da die den landläufigen Anschauungen entgegen gemachten Spülungen nichts nützten, wenn sie auch nicht schadeten. — Guajacol wurde angewendet in folgenden Formen:

Guajacol	*Guajacol* 5,0
Glycerin ää	*Lanolin*
	Resorbin ää 7,5.

Pro Tag wird 1—2 g Guajacol als Salbe verrieben. Die leichte Reizung der Haut verschwindet von selbst, eventuell unter Puder und Zinksalbe. Eine Beförderung der Resorption durch das Guajacol findet nicht statt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Ätiologie der Epididymitis bei Blennorrhoe, von Siegfried Gross. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 41.) Ein 25jähriger Mann leidet seit vier Jahren an eitrigem Harnröhrenausfluſs. Seit sechs Wochen beginnt der linke Hoden langsam anzuschwellen. Die Genitaluntersuchung ergiebt bei der Aufnahme: Prostata in beiden Lappen vergröſsert; die linke Scrotalhälfte faustgroſs, Haut am untern Pol blaurot, heiſs; der linke Nebenhoden in toto geschwollen, verdickt; Hoden klein, geschrumpft; Erguſs, aber nicht durchscheinend; linker Samenstrang verdickt und hart; im Urethralsekret sich nach Gram entfärbende Diplokokken. — Die Probepunktion ergiebt eine dünnflüssige, schmutziggelbliche Flüssigkeit, in der mikroskopisch und kulturell Gonokokken nachgewiesen werden. — In Narkose wird die Geschwulst incidiert, ca. 40 ccm Eiter werden entleert, auf der Epididymis auflagernde Granulationen werden mit scharfem Löffel entfernt. Nach Auswischen mit Jodtinktur wird genäht und mit Jodoformgaze drainiert. — Das vorhanden gewesene Fieber schwindet, es tritt völlige Heilung ein. — Es lag also in diesem Falle zweifellos eine echt blennorrhoische Komplikation vor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die blennorrhoischen Entzündungen der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel, von Dietrich Nasse. (*Sammlung klin. Vorträge.* No. 181. 1897.) Auf Grund ausgedehnter Erfahrungen in der Berliner Chirurgischen Klinik und Poliklinik erörtert Verfasser sehr eingehend die blennorrhoischen Komplikationen seitens der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel. Näher darüber zu berichten, würde zu weit führen, deshalb seien nur kurz die therapeutischen Anschauungen des Verfassers skizziert: Ruhe und Kompression sind bei blennorrhoischem Hydrops meistens ausreichend, eventuell Fixation durch Schienen oder Gipsverband. Punktion und Ausspülung sind nur bei langem Bestande, wiederholtem Recidiv, Schwellungen der Kapsel und periartikulären Weichteile am Platze. Die Fixation darf nicht zu lange fortgesetzt, Bewegung und Massage müssen dann vorsichtig begonnen werden. Bei starker Steifigkeit sind energische Bewegungen und Massage (eventuell in Narkose), warme Bäder, Priessnitzsche Einwicklungen, Sandbäder zu empfehlen. — Über Extension hat Verfasser wenig Erfahrungen, König empfiehlt sie. — In manchen Fällen beschleunigt eine Injektion von Jodoformemulsion die Heilung. — In bösen, langanhaltenden, schmerzlichen Fällen kommt die Arthrotomie in Frage; ebenso bei starker Eiteransammlung. — Auf alle internen Medikamente, einschlieſslich Jodkalium und Merkurialisation legt Verfasser keinen Wert. — Die Urethra darf, solange die Arthritis besteht, nur sehr vorsichtig in Angriff genommen werden; man muſs es vermeiden, eine akute Exacerbation der Blennorrhoe hervorzurufen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die endovenösen Sublimatinjektionen bei der Behandlung der serösen und Gelenk-Lokalisationen des blennorrhoischen Giftes, von L. Levi. (*Riforma med.* 1897. No. 233.) Verfasser hat die von Baccelli bei der Syphilis empfohlene Methode auf die blennorrhoische Allgemeininfektion übertragen und in einem Falle von auſserordentlich schmerzhafter akuter Fuſsgelenkentzündung verbunden mit bedeutender Temperatursteigerung angewendet und sehr befriedigende Resultate erzielt.

Er injizierte zuerst 1, dann progressiv steigend, 5 mmg pro die. Das Fieber und die Schmerzen nahmen rasch ab. Er hält das Verfahren für absolut unschädlich.

C. Müller-Genf.

Einige Fälle von Augenblennorrhoe bei Erwachsenen, von Ed. Welander. (*Hygiea.* Aug. 1896.) Verfasser berichtet über zwei Patienten mit Blennorrhoe und Blennorrhoe der Conjunctiva der einen Augenhöhle, aus welcher früher das Auge exstirpiert worden war; wahrscheinlich handelte es sich um eine Autoinfektion bei der Reinigung des Glasauges. Bei der einen dieser Kranken wurde die Genitalblennorrhoe durch Kulturversuch mit dem fast klaren Cervikalsekrete nachgewiesen; die klinische und mikroskopische Untersuchung hatte negatives Resultat gegeben. Ferner erwähnt Verfasser einen dritten Kranken, ebenfalls mit Autoinfektion der Augenschleimhaut. In demselben Hospitalzimmer, in welchem dieser Patient behandelt wurde, entstand einige Tage später eine Ophthalmoblennorrhoe bei einem andern, nicht blennorrhoischen Kranken. Da die gröfste Vorsicht angewendet worden war, um Ansteckungen vorzubeugen, vermutet Welander, dafs dieselben durch Fliegen, wovon sich eine Menge vorfand, geschehen sein mufs. Diese Vermutung wurde wahrscheinlich gemacht durch Versuche, durch welche bewiesen wurde, dafs eine Fliege Trägerin lebensfähiger Gonokokken, mindestens während drei Stunden, sein kann. Bei einer früheren Epidemie von Blennorrhoea neonatorum (33 Fälle) ist die Ansteckung zum Teil vielleicht auf demselben Wege geschehen, da andere Möglichkeiten ausgeschlossen schienen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Zur Therapie der Blennorrhoea neonatorum, von Prof. Pflüger. (*Corr. f. Schweiz. Ärzte.* 1897. No. 12.) P. warnt vor der Anwendung des Sublimats bei Augenblennorrhoe, zumal beim Kinde oder wo bereits Hornhautdefekte eingetreten. Als Medikament bei dieser Affektion ist das Argentum nitricum bisher unübertroffen geblieben. „Wenn die initiale derbe Schwellung, die diffuse seröse, eventuell fibrinöse Infiltration abgeklungen ist und dem Eiterstadium mit der dunklen Farbe und Fältelung der Conjunctiva Platz gemacht hat", beginnt er mit 0,2% Argent. nitric.-Einträufelungen, zwei- bis viermal täglich wiederholt. Tritt keine dickere Schwellung oder fibrinöse Exsudation ein, so kann mit der Koncentration nach und nach bis zu 2% gestiegen werden. Zum Ausspülen der Augen dient 4%ige warme Borsäurelösung, zum Verhindern des Verklebens der Lider 4%ige Wismutvaseline. Die Kälte in Form von Eiskompressen findet ihre Indikation nur im Anfangsstadium der reinen, nicht komplizierten Fälle, wo weder fibrinöse Auflagerungen noch Einlagerungen in die Schleimhaut vorhanden sind. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 2. 15. Juli 1898.

Aus der dermatologischen Abteilung des Marine-Hospitals zu Constantinopel.

Über das Wachstum der Haare auf Favusnarben nach Skarifikationen und Einpflanzung von Teilen des Haarschafts.

Vortrag, gehalten in der kaiserlich medizinischen Gesellschaft am 25. März 1898.

Von

Dr. Menahem Hodara-Constantinopel.

(Mit Tafel I.)

Meine Herren!

Gestatten Sie mir, Sie mit den Ergebnissen meiner mikroskopischen Untersuchungen, die sich auf das Wachstum der Haare auf Favusnarben mittelst einer neuen Methode beziehen, bekannt zu machen. Ich beginne mit einer kurzen Darstellung der klinischen Thatsachen, die ich Ihnen schon früher ausführlich mitgeteilt habe.

Voriges Jahr hatte ich zwei junge Mädchen zu behandeln, die an einem schon Jahre alten Favus litten. Sie wiesen einzelne Favusnarben von verschiedener Gröfse auf, die glatt, atrophisch und gänzlich von Haaren entblöfst waren. Nachdem der Favus innerhalb einiger Monate geheilt war, stellte ich Versuche an, um auf den kahlen Plaques wieder einen frischen Haarwuchs zu erzielen. Mein Verfahren bestand, wie Sie bereits wissen, darin, dafs ich auf den Narben tiefe, sich kreuzende und dicht beieinander stehende Einschnitte machte. Nachdem die Blutung dann gestillt war, pflanzte ich auf den so präparierten Boden eine grofse Menge kleiner Stückchen Haarschaft ein; die betreffenden Haare stammten von den beiden Patientinnen selber. Das Ganze wurde dann mit Papier und mit Pflaster bedeckt. Die Länge der eingepflanzten Haarteilchen fiel sehr verschiedenartig aus, indem sie, wie Sie hier sehen können, 1—4 mm lang sind. Die Haarschafte wurden mit der Schere zerschnitten, so dafs die meisten zwei glatte Enden haben, und nur bei denjenigen Haarteilen, die von der Spitze des Haarschafts herrühren, ist das eine Ende natürlich aufgefasert. Sämtliche Haarschnitzel stammten nur von dem oberen Teil des Haarschafts und ich betone ganz besonders, dafs sich darunter

weder Haarzwiebeln noch Teile derselben, noch Epithelzellen der Follikelscheiden befanden. Es handelte sich vielmehr nur um frischgeschnittene und sofort überpflanzte Bruchstücke des Haarschafts.

Als ich dann ungefähr vier Wochen später das Pflaster wegnahm, wurden die meisten Härchen mit abgehoben. Unter dem Pflaster hatte sich auch eine Hornschicht gebildet, die sich gleichfalls als feine Membran abstiefs und auch ihrerseits einen Teil der eingepflanzten Haare mit wegnahm. Unterhalb dieser zarten Haut waren aber doch noch einzelne Haartrümmer zurückgeblieben, die Wurzeln geschlagen hatten und schon ziemlich fest in den kleinen Einschnitten hafteten. Diese fingen nun nach einigen weiteren Wochen zu wachsen an und nach 3—4 Monaten hatten die neugebildeten Härchen schon eine ansehnliche Länge und entwickelten sich zu langen Haaren, wie ich sie Ihnen hier vorzeige. Natürlich war auf jeder einzelnen narbigen Fläche die Zahl der haften bleibenden Härchen nur eine ziemlich geringe. Die neugebildeten Haare waren zum Teil kräftig und mit Pigment versehen, andere waren aber wiederum nur sehr zart, kümmerlich und kaum gefärbt.

Diese meine ersten Versuche habe ich der Gesellschaft in der Sitzung vom 26. März 1897 mitgeteilt; damals hatte ich auch die jungen Mädchen, die auf diese Weise behandelt waren, vorgestellt und ich konnte Ihnen einige im Wachstum begriffene junge Härchen zeigen. Ich habe den nämlichen Versuch dann noch bei anderen mit Favusnarben behafteten Personen, Männern und Frauen, wiederholt, und zwar immer mit demselben günstigen Erfolg, indem immer einzelne Haarschnitzel Wurzel schlugen und weiter wuchsen. Dabei stellte sich das Ergebnis bei jugendlichen Personen im ganzen günstiger. Bei dem jungen Menschen von 25 Jahren z. B., den ich Ihnen am 22. Oktober 1897 vorgestellt habe, der zwei grofse, runde, ganz kahle Favusnarben hatte, sind dieselben heute infolge der Behandlung mit leidlich dichtem Haarwuchs versehen. Um dieses günstige Ergebnis herbeizuführen, waren freilich zahlreiche Sitzungen zum Zweck der Skarifikation und der Neueinpflanzung erforderlich. Einige Wochen nach jeder Sitzung hafteten stets einzelne Härchen und wuchsen weiter, so dafs Patient jedes Mal um eine kleine Zahl neugebildeter Haare reicher wurde.

Diese auffällige Thatsache ist also festgestellt, dafs kleine Haarsplitter, die in die skarifizierte Haut eingepflanzt sind, daselbst haften bleiben können und sich alsdann zu langen, neugebildeten Haaren auswachsen.

Hier sei noch hinzugefügt, dafs ich versuchsweise einzelne Narben nur skarifiziert, aber nicht mit Härchen besät habe. Damit wurde aber gar nichts erreicht; von neugebildeten Haaren war auch keine Andeutung

vorhanden. Ich änderte den Versuch dann noch dahin ab, dafs ich die skarifizierte Haut mit fein zerschnittenen Seidenfäden, mit gepulverten Schuppen u. s. w. beschickte; aber auch hierbei blieb jede Wirkung aus.

Mikroskopische Untersuchung der neu gebildeten Haare auf den Narben.

Zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung der neugebildeten Haare auf den Favusnarben habe ich zahlreiche Präparate haften gebliebener Haarschnitzel angefertigt. Zu diesem Zwecke habe ich das Wachstum der Haare monatelang verfolgt und wöchentlich einzelne Härchen weggenommen. Die innerhalb der ersten drei Wochen nach der Einpflanzung untersuchten Härchen zeigten keinerlei Veränderung; sie sahen noch genau so aus, wie vor der Einpflanzung und ihren Enden sah man noch immer an, dafs sie mit der Schere zerschnitten waren, soweit nicht ein Ende etwa mit der Spitze des ganzen Haares zusammenfiel, in diesem Falle war es nämlich aufgefasert. Nur bei einem Haarstückchen, das 14 Tage nach der Einpflanzung wieder entfernt wurde, konnte man an der unteren Spitze eine beginnende Veränderung wahrnehmen. Diese Spitze war nämlich etwas verdickt und von ihr erstreckte sich ein ganz feiner, heller und homogener Hornfaden, der kaum eine Spur von Pigment aufwies, nach abwärts.

In Haarstückchen, die erst vier Wochen nach der Einpflanzung wieder entfernt werden, ist diese Veränderung schon viel deutlicher ausgesprochen. Das untere Ende des Härchens erscheint nun schon nennenswert verdickt und stärker gefärbt und das ganze Ende ist um ungefähr 1 mm verlängert. Dieser Fortsatz ist allerdings noch sehr zart und weniger dick als das übrige Haar. Er besteht aus einigen hellen Fäden, die bereits anfangen, sich zu färben, so dafs man hier und da bereits eine Ansammlung von Pigmentkörnern und Klümpchen bemerkt; ausgesprochener ist dies im Innern des Fortsatzes als nach aufsen hin.

Untersucht man Härchen 5—6 Wochen nach der Einpflanzung, so beobachtet man folgende Veränderungen: Das untere Ende des Haares ist stärker gefärbt und noch dicker geworden, dabei wieder um $^1/_2$—1 mm, vielleicht auch noch etwas mehr, in die Länge gewachsen, und diese Verlängerung ist ebenso dick und ebenso gebaut wie das übrige Härchen. Der Fortsatz besteht nunmehr aus einer dunkler gefärbten Rindenmasse und einer helleren Umhüllung und endet in eine halbkugelige oder formlose, stark pigmentierte Auftreibung.

7—10 Wochen nach der Einpflanzung zwecks Untersuchung entfernte Härchen fangen bereits sichtlich zu wachsen an; die Fortsätze des unteren Endes, von denen eben die Rede war, sind mitsamt ihrer Auftreibung noch erkennbar, aufserdem schickt nun aber auch das obere Ende des

Haares eine Verlängerung aus und fängt an, über die Fläche der Haut hinaus zu wachsen. Dieser obere Fortsatz hat den nämlichen Bau wie das Haar, zu dem es gehört und ist bald mehr, bald weniger gefärbt als dieses.

Schliefslich habe ich auch noch ganze neugebildete Haare vier Monate nach der Einpflanzung aus den Narben entfernt; sie hatten da schon eine Länge von mehreren Centimetern erreicht. Diese Haare haben, wie man unter dem Mikroskop erkennen kann, ein ganz normales Aussehen und einen vollen Bulbus. Ihr Umfang ist sehr verschieden; meistens sind sie recht dick; es sind aber auch welche darunter, die nur ganz zart sind. Im ganzen entsprechen die ausgewachsenen Haare in Bezug auf Umfang, Färbung u. s. w. ganz den Haarteilchen, aus denen sie hervorgegangen sind, so dafs diejenigen Haare, die aus dicken und gefärbten Härchen wuchsen, kräftig und dunkel sind, während diejenigen Haare, die von den aufgefaserten Spitzen herstammen, selber auch nur einen dünnen Schaft besitzen. Die meisten der neugebildeten Haare haben im Innern ein centrales Mark, das aber stellenweise wieder unterbrochen ist. Ihre kortikale Masse ist mehr oder weniger stark gefärbt und von einer normalen, hellen Hülle umgeben. Als Wurzel dieser Haare findet sich eine bulbäre, massige Anschwellung, von demselben halbkugelförmigen oder unregelmäfsigen Aussehen wie die Anschwellung, die nach 5—8 wöchentlichem Wachstum der eingepflanzten Haartrümmer an diesen beobachtet wird; diese Haarzwiebel ist immer von allen Seiten von einem feinen Häutchen umgeben. Zuweilen findet sie sich übrigens durch einen zarten Faden oder durch ein kleines Knötchen ersetzt. Der Haarschaft ist in seinem Verlauf keineswegs überall gleichmäfsig dick; zuweilen, d. h. bei einzelnen Haaren ist er dicker als die Wurzel, bei anderen wiederum dünner. Ebenso schwankt auch die Färbung, die bald sehr ausgiebig, bald weniger stark, bald sogar ganz schwach ist. Bei einzelnen Haaren ist der Schaft stärker als die Wurzel gefärbt, bei anderen verhält es sich umgekehrt. Zuweilen ist der Schaft in seiner unteren Hälfte gefärbt, in seiner oberen aber ganz hell.

Meine weiteren mikroskopischen Untersuchungen wurden mir dadurch erleichtert, dafs mir einer meiner Patienten gestattete, Stücke aus seiner Kopfhaut zu exstirpieren. Ich entnahm einer nicht präparierten Favus-Narbe ein Präparat und drei weitere Präparate solchen Plaques, die skarifiziert und besäet und auf denen Haare gewachsen waren.

Mikroskopische Untersuchung des Präparates aus einer nicht bepflanzten, glatten, atrophischen und vollkommen kahlen Favusnarbe.

Bei der mikroskopischen Untersuchung von Schnitten aus der nicht präparierten Favusnarbe kann man sich von dem vollständigen Fehlen der Haare und der Haarfollikel überzeugen. Man sieht

zahlreiche Knäuel, Kanäle und Schweifsporen. Die Epidermis scheint normal; hier gewahrt man Epithelleisten und dazwischen wohlgebildete Papillen. Die Bindegewebsfasern der Cutis sind etwas horizontal gestreckt. Die Wände sämtlicher Gefäfse und Kapillaren sind ganz mäfsig verdickt und es besteht geringgradige Hyperplasie der perithelialen Zellen der Gefäfswände.

Mikroskopische Untersuchung der präparierten Favusnarbe.

Erstes Stück.

Das erste exstirpierte Stück aus einer präparierten Favusnarbe war ganz klein und enthielt nur ein Haarstückchen, das haften geblieben und nun schon 1—2 mm über die Haut hervorgewachsen war.[1]

An den gefärbten Präparaten dieses Hautstückchens erkennt man, dafs das eingepflanzte Härchen sich ungefähr bis zur Mitte der Cutis verlängert und hier Wurzel geschlagen hat, indem es in eine massige bulböse Anschwellung endigt. Ringsum hat sich ein kleiner Follikel neu gebildet, der das Härchen von allen Seiten innig umschliefst und auch am Grunde der Anschwellung vorbeizieht. Abgesehen von diesem kleinen Follikel, fehlt jede Spur eines weiteren Follikels in dem ganzen Präparat. In einem medianen Schnitt, der den ganzen Follikel freigelegt hat, gewahrt man die Follikelöffnung in Form eines kleinen Trichters, in dessen Mitte sich ein Bruchteil des eingepflanzten Haares befindet. Rings um dieses herum besteht Proliferation von Stachelzellen, Neubildung einer Körnerschicht, die sich aus 4—5 Reihen zusammensetzt, sowie einer aus zahlreichen Lamellen bestehenden Hornschicht, die das eingepflanzte Härchen ringförmig umgeben. Auch die eben erwähnten Stachelzellen sind in kreisrunden Reihen um das Haarstückchen aufgestellt.

An einem Querschnitt dieser Follikelöffnung erkennt man deutlich den innigen Zusammenhang der Hornlamellen mit dem Häutchen der eingepflanzten Haartrümmer. Die beiden granulierten und verhornten Schichten der neugebildeten Follikelöffnung setzen sich im oberen Teile unmittelbar in die nämlichen Schichten der Oberfläche fort. An der cutanen Seite des Follikels befindet sich in der Mitte ein Stückchen von dem eingepflanzten Haar, das verlängert ist und in eine kleine Anschwellung endet. Unmittelbar um die Axe dieses winzigen Haarteilchens liegt der cutane Teil des neugebildeten Follikels. Er besteht aus Stachelzellen der Epidermis, die nach der Cutis hin koncentrisch um das Härchen proliferiert und auf diese Weise eine richtige follikuläre Stachel-

[1] Dieses Präparat sowohl wie die folgenden wurden in Celloidin gehärtet. Eigentlich hätten Reihenschnitte von ihnen angefertigt werden müssen; mir standen aber leider die hierzu erforderlichen Instrumente, Mikrotom u. s. w., nicht zur Verfügung. — Die Schnitte wurden mit Pikrocochenille und Hämatoxylin gefärbt.

schicht gebildet haben (äufsere Wurzelscheide), die aus mehreren Reihen von Stachelzellen sich zusammensetzt. Dabei stehen die Zellen der äufsersten Reihe dieser Stachelschicht senkrecht und entsprechen den basalen Stachelzellen, während sich die Zellen der mittleren Reihen in ihrer Form mehr den mittleren Zellen der Stachelschicht nähern, deren Fortsetzung sie ja auch bilden. Nur darin weichen diese jungen, neugebildeten Stachelzellen etwas ab, dafs sie ein wenig kleiner und flacher, auch amitotisch vervielfältigt sind. Diese follikuläre, aus jungen Stachelzellen bestehende Scheide rings um das Haarteilchen bildet nun den Boden, auf dem das Haar weiter wächst.

Man kann ferner auch die allmähliche Umwandlung der innersten Zellreihen dieser Stachelhaut in flache Hornzellen beobachten und kann verfolgen, wie daraus eine homogene Hornschicht entsteht, die sich aus zahlreichen, nach und nach wachsenden Hornlamellen zusammensetzt (innere Wurzelscheide); einzelne schwach gefärbte Kerne oder Kernreste sind darin noch zu unterscheiden. Diese innere Hornscheide sieht beinahe ebenso aus wie die Hornschicht der Follikelöffnung, deren untere Fortsetzung sie ja auch darstellt. An Querschnitten dieses Hautteils des Follikels erkennt man, dafs die Hornlamellen der inneren Scheide unmittelbar in die Rindensubstanz des Haares übergehen; die Zellen der neugebildeten inneren Scheide wachsen beständig und sind auf das innigste mit den Zellen der Rindensubstanz, denen sie das Material für das Wachsen des Haares liefern, verbunden, ja gewissermafsen agglutiniert. Zwischen der inneren Hornscheide der Wurzel und der äufseren Stachelschicht besteht keine Körnerschicht wie an der Follikelöffnung; nur hier und da gewahrt man einige keratohyaline Körnchen. An den inneren Lamellen der inneren Scheide und an dem Hautteil ist Pigmentbildung vorhanden.

Der hier beschriebene kleine Follikel ist im Verhältnis zu anderen neugebildeten Follikeln, von denen noch die Rede sein wird, sehr klein. Man erkennt das wurzelnde Haarteilchen, das in eine halbkugelige Anschwellung endet und von der inneren und äufseren Scheide umfafst wird. Haarpapillen gewahrt man hier nicht. Rings um die äufsere Stachelzellenscheide besteht eine proliferierende Reizung der Bindegewebszellen, die reihenweise parallel zu dieser Scheide stehen, auch läfst sich schon die Bildung einer fibrösen Follikelscheide erkennen. Talgdrüsen und Musculi erectores pili sind bei diesem kleinen Follikel noch nicht angedeutet.

Zweites Stück.

Das zweite, von der nämlichen Person herrührende Stück ist einer Favusnarbe entnommen, auf der 5 bis 6 eingesäete Haarstückchen im

Wachstum begriffen waren. Die neugebildeten Haare überragten die Haut zum Teil schon um mehrere Millimeter, andere aber waren erst kaum erkennbar.

An den Schnitten dieses Stückes nimmt man zuerst die Skarifikationen wahr, die als verschieden tiefe Spalten erscheinen, indem die einen nur bis zur Stachelschicht reichen, die anderen aber auch noch bis in die Cutis dringen. Zum Teil sind die Spalten auch schon wieder geheilt, und dann bildet sich in der Epidermis rings um sie eine neue Körner- und Hornschicht. Letztere senkt sich bis zu einer verschiedenen Tiefe in die Spalten hinein und hebt die alte oberflächliche Hornschicht ab, bis diese sich desquamierend abstöfst. Aufserdem ist die Cutis Sitz einer geringgradigen entzündlichen Reaktion, die sich durch eine leichte Hyperplasie der perithelialen Zellen und eine kaum angedeutete Hyperplasie der intervaskulären Bindegewebszellen kund giebt.

In den gefärbten Präparaten dieses Stückes gehen sechs Schnitte gerade durch einen neugebildeten Follikel. Bei einigen Präparaten liegt das eingepflanzte Härchen unmittelbar auf der Oberfläche der Stachelschicht und rings um dasselbe hat sich der obere Teil der Follikelöffnung gebildet; bei anderen Präparaten geht der Schnitt quer durch die Follikelöffnung und die Stachelschicht, während bei noch anderen der Follikel in gröfserer Tiefe der Cutis getroffen ist. In einem dieser neugebildeten Follikel erkennt man auch bereits den Beginn der Neubildung von Talgdrüsen. Bei einem Präparat hat sich in die Tiefe einer Spalte der Stachelschicht, herrührend von den Skarifikationen, ein Härchen hineinverirrt und rings herum um dasselbe sind nun die Zellen der Stachelschicht proliferiert und in mehreren kreisrunden, parallelen Reihen angeordnet; ihre Kerne erscheinen abgeplattet.

Wieder an einem anderem Präparat gewahrt man auf der Stachelschicht eine regelmäfsige, trichterförmige Einsenkung, und in der Tiefe der letzteren liegt ein Abschnitt eines eingepflanzten Härchens, welches ebenso wie das vorige in kreisförmigen Reihen von proliferierten Stachelzellen mit abgeflachten Kernen umgeben ist. Hier ist auch die Umformung der inneren Zellreihen in Körner- und Hornzellen gut zu beobachten; es entstehen auf diese Weise allmählich Schichten von granulierten und Hornlamellen, die das eingepflanzte Härchen umgeben und in unmittelbarer Berührung mit ihm stehen.

Unter den anderen Präparaten finden sich noch fünf Schnitte durch einen neugebildeten Follikel sowie Schnitte, die teils longitudinal, teils quer zu den mittleren und tieferen Schichten der Cutis verlaufen. Alle Follikel haben fast denselben Bau. In der Mitte ihres cutanen Teils erkennt man Schnitte durch mehr oder minder dicke Haarwurzeln, die zum Teil noch ganz hell, zum Teil aber schon gefärbt und von einem

homogenen, klaren Häutchen umgeben sind. Diese Haarwurzeln besitzen eine äufsere Stachel- und eine innere Hornscheide und lassen, soweit sie noch ungefärbt sind, zum Teil den innigen Zusammenhang der Hornlamellen der inneren Scheide mit der eigentlichen Haarsubstanz erkennen. Bei den meisten inneren Scheiden sind gefärbte Kerne nicht mehr wahrzunehmen; nur bei einzelnen von ihnen sind hier und da noch Gruppen gut gefärbter, abgeflachter Kerne erhalten. In den inneren Lamellen der inneren Scheide findet noch Bildung von Pigmentkörnern statt. In einem Präparat geht der Schnitt durch die halbkugelig endende Haarwurzel, die hier von einer neugebildeten inneren und äufseren Scheide umfafst wird. Bei allen neugebildeten Follikeln befindet sich rings um die äufsere Stachelzellenscheide eine Proliferation von Bindegewebszellen, die in parallelen Kreislinien angeordnet stehen und selber eine follikuläre fibröse Scheide bilden; bei einigen Follikeln bestehen sie aus regelrechten Bindegewebsfasern, die den Grund des Follikels ringförmig umfassen. Diese neugebildete fibröse Scheide hat bei einem der Follikel sogar schon eine ganz beträchtliche Dicke erreicht und besteht hier aus zwei Schichten, einer straffen inneren und einer lockeren äufseren.

Bei einem anderen Präparat, das einen Schnitt durch den cutanen Teil eines neugebildeten Follikels darstellt, sieht man seitlich von der äufseren Stachelzellenscheide eine kleine Auftreibung — die erste Andeutung einer sich bildenden Talgdrüse, bestehend aus Stachelzellen der äufseren Scheide. Die Zellen an der äufsersten Spitze dieser Auftreibung entsprechen den basalen Stachelzellen; im Innern dagegen sind die Zellen bereits gröfser und abgerundeter und bilden so den Übergang zu Drüsenzellen. (Dieser Vorgang ist bei dem dritten Stück, wie wir sehen werden, noch schöner zu beobachten.) Von der Neubildung eines Musculus erector pili findet sich hier noch nichts. Dagegen besteht eine ausgeprägtere Hyperplasie der Bindegewebszellen der Gewebe, besonders des Perithels derjenigen Gefäfse, die in unmittelbarer Nähe des neugebildeten Follikels liegen. Weiter ab davon im Gewebe bemerkt man einzelne glatte Muskelfasern von unregelmäfsiger Anordnung; dieselben scheinen teilweise hypertrophiert zu sein.

Drittes Stück.

Auch das dritte Hautstück stammt von dem nämlichen Patienten. Es war zuerst ganz kahl und zeigte erst nach der Bepflanzung vier Haare, die einige Millimeter über die Haut gewachsen waren. Von diesen neugebildeten Haaren war nur eins zart und brüchig, die drei anderen dagegen waren kräftig und gefärbt.

In einem gefärbten Präparat dieses Stückes sieht man den Durchschnitt von vier neugebildeten Haarfollikeln, die je ein kleines Härchen mit Wurzel enthalten. In anderen Präparaten befindet sich ein Median-

schnitt durch einen jungen Follikel mit einem ganz zarten und kaum gefärbten Härchen. Oder sie beherbergen daneben auch noch einen sehr grofsen Follikel mit einer kräftigen Wurzel und dickem Haar. In der Mitte der beiden Follikelöffnungen befinden sich Haare, die von einer jungen Horn- und Körnerschicht umgeben sind. Die Wurzeln in dem cutanen Teil dieser beiden Follikel besitzen eine äufsere Wurzelscheide aus Stachelzellen, die von der Epidermis gegen die Cutis hin rings um das eingepflanzte Härchen proliferiert sind. Unmittelbar um die Wurzel legt sich die innere Scheide, die aus Hornlamellen besteht und innig mit der Rindenmasse des Haares verwachsen ist. An beiden Follikeln gewahrt man seitlich von der äufseren Stachelzellenscheide je zwei Läppchen von Talgdrüsen, die sich aus follikulären Stachelzellen aufbauen. Die meisten dieser Zellen sind bereits in grofse Sebumzellen mit fettkörnchenhaltigem Protoplasma umgewandelt; und in der Mitte der Drüsenlappen sind auch schon zwei neugebildete, mit Fett angefüllte Ausführungsgänge vorhanden, die beiderseits seitlich an der Haarwurzel münden. Die äufseren Stachelscheiden sind mitsamt beiden Drüsenlappen von einer aus kreisrunden Bindegewebsfasern bestehenden fibrösen Hülle umgeben, auf der Bindegewebszellen proliferiert sind. Schliefslich bemerkt man auch noch seitlich an je einem Drüsenlappen einen neugebildeten Haarmuskel, der aus parallel gestellten Zellen mit langen, abgeflachten Kernen sich zusammensetzt und unten an der Drüsenwand, oben an der Cutis sich befestigt.

Weitere Präparate enthalten noch einen dritten grofsen Follikel mit wachsendem Haar, das stark gefärbt und überall von einer jungen, dichten Hornschicht umgeben ist. Diese letztere besteht aus zahlreichen concentrischen Lamellen, welche zum Teil noch Reihen gut erhaltener flacher Kerne enthalten; die inneren Hornlamellen sind aufserdem noch reichlich von Pigmentkörnern durchsetzt.

In einer letzten Reihe von Präparaten endlich, die einen Querschnitt durch die mittleren Teile der Cutis zeigen, kann man noch einen vierten grofsen Follikel beobachten. Hier sieht man einen Querschnitt durch die Haarwurzel, die von aufsen nach innen zuerst von der fibrösen Bindegewebsscheide, dann von der äufseren Zellscheide und schliefslich von der inneren Hornschicht umhüllt ist. Hier ist der innige Zusammenhang und der Übergang der innersten Zellen der Hornschicht in die Rindenmasse der Haarwurzel besonders schön zu erkennen; aus ihnen nimmt das Haar das Material zu seiner Neubildung und seinem Wachstum.

Schlufsfolgerungen.

1. Auf gänzlich kahlen Favusnarben können klein zerschnittene Haarschäfte in künstlich hergestellten Hautspalten Wurzeln schlagen und zu langen Haaren auswachsen.

2. Untersucht man solches Haarschnitzel einige Wochen nach der erfolgreichen Einpflanzung mikroskopisch, so findet man, dafs sein eines Ende sich nach unten verlängert hat und in eine bulbäre Anschwellung ausläuft. Untersucht man nach einigen Monaten wieder, so hat man ein regelrecht gebildetes Haar mit Wurzel und voller Haarzwiebel vor sich.

3. Die mikroskopische Untersuchung nicht beschickter Favusnarben lehrt, dafs hier jeder Rest der früheren Haare und Haarfollikel fehlt.

4. Bei der mikroskopischen Untersuchung bepflanzter Favusnarben sieht man, dafs einzelne Haarschnitzel in den künstlich hergestellten Hautspalten fest eingebettet liegen und dafs um sie herum sich ein neuer Follikel bildet. Der Haarsplitter schlägt Wurzeln und geht mit dem jungen Follikel eine innige Verbindung ein, wodurch er das Material zu seinem weiteren Wachstum erhält.

Ich stelle mir nun die Neubildung der Follikel und das Wachstum frischer Haare folgendermafsen vor: Zuerst findet rings um den festhaftenden Haarsplitter eine Proliferation von Stachelzellen statt, die in kreisrunden Reihen angeordnet sind und flache Kerne führen. Daraus geht eine mehr oder minder stark gefärbte Körner- und Hornschicht hervor, die sich wie ein Ring unmittelbar um das Haarschnitzel biegt und die Follikelöffnung darstellt. Die Proliferation der peripher um dieses Orificium gelegenen Stachelzellen setzt sich dann gegen die Cutis zu fort, wodurch ein Follikelmantel aus mehreren Reihen Stachelzellen zu stande kommt (äufsere Wurzelscheide); dieselbe bildet die Grundlage für Neubildung und Weiterwachsen des Haares. An der Innenfläche dieser Scheide bildet sich eine neue homogene Hornschicht aus zahlreichen pigmentierten Lamellen (innere Scheide der Wurzel); sie verschmilzt mit dem unteren Teil des eingepflanzten Haarsplitters, welcher nach unten wächst, Wurzeln schlägt und in eine bulbäre Anschwellung endet, die rings von der neugebildeten äufseren und inneren Scheide umgeben wird. Die Verlängerung des Haares nach unten mit der abschliefsenden Anschwellung kann man noch vier Wochen nach der Einpflanzung beobachten, sie besteht aus hellen, wenig gefärbten Hornfasern; fünf bis sechs Wochen nach der Einpflanzung aber hat sie bereits den Bau des zu ihr gehörenden Haarsplitters, nämlich eine stärker gefärbte Rindenmasse, die von einem hellen Häutchen umgeben ist.

Das Studium der histologischen Einzelheiten dieser nach unten wachsenden Verlängerung des eingepflanzten Haarschnitzels behalte ich mir für eine spätere Arbeit vor. Einstweilen möchte ich bezweifeln, dafs diese Verlängerung, die vier Wochen nach der Einpflanzung als ein Bündel heller Fasern erscheint, als eine degenerative Neubildung des unteren Teils des Haarschnitzels zu betrachten sei, und ich neige vielmehr zur

Annahme, dafs diese Verlängerung mit ihrem verdickten, aufgetriebenen Ende, da sie sechs Wochen nach der Einpflanzung bereits den Bau des eingepflanzten Haarschnitzels aufweist, ihr Wachstumsmaterial vielmehr aus der innigen Verschmelzung der unaufhörlich wachsenden Stachelzellen der neugebildeten inneren Scheide mit der Rindenmasse des Haarschnitzels bezogen hat. Hierher bezieht das neugebildete Haar, das in unmittelbarer Fortsetzung des eingepflanzten Haarsplitters weiterwächst, seine Nahrung. Und zwar wächst das Haarschnitzel, wie wir gesehen haben, zuerst nach unten, schlägt Wurzeln und endet hier in einer bulbären Anschwellung; alsdann beginnt sein Wachstum nach oben als Haarschaft, der in seinem Bau und Aussehen sehr viel Ähnlichkeit mit dem ursprünglichen Haarsplitter hat. Das Wachstum des Haares erfolgt also namentlich auf Kosten einer Proliferation der Stachelzellen, die rings um das eingepflanzte Haarschnitzel liegen, sowie Dank der Neubildung einer Wurzelscheide aus Stachelzellen. Die Haarwurzel hat bei diesem Vorgang von vornherein einen vollen Bulbus und das Wachstumsmaterial wird nicht etwa von einer Haarpapille, sondern von den Stachelzellen der äufseren Scheide geliefert, indem dieselben sich zuerst in Hornzellen der inneren Scheide und alsdann in Zellen der Haarrindensubstanz selber umwandeln. Um die äufsere Stachelzellenscheide lagert sich dann infolge von Proliferation der Bindegewebszellen ein fibröser Mantel. Daran schliefst sich die Neubildung von Talgdrüsen, indem die äufsere Stachelzellenscheide zuerst seitliche Anschwellungen bekommt, die betreffenden Stachelzellen wandeln sich in fetthaltige Sebumzellen um und entleeren sich seitlich vom Haare durch neugebildete Ausführungsgänge in den Follikel. An der Seite dieser Drüsen entstehen endlich auch neue Muskeln aus flachkernigen Zellen, die in parallelen Reihen angeordnet sind.

5. Diese neue Methode der Einpflanzung von Haarsplittern in kahl gewordene Haut bedarf für die Praxis noch sehr der Vervollkommnung. Die wenigen, bisher erzielten Erfolge bezeichnen erst den Weg, den wir zu gehen haben. Wenn von den vielen aufgestreuten Haarsplittern nur so wenige Anlafs zur Neubildung eines Haares geben, so liegt das daran, dafs eben nur wenige Haarsplitter günstig in den Hautspalten zu liegen kommen. Die meisten Haarschnitzel fallen in Massen wieder ab, andere, die nicht tief genug eindringen, werden mitsamt der desquamierenden Haut abgestofsen, so dafs schliefslich nur ganz wenige tief genug in den Skarifikationsspalten zu liegen kommen, um neue Follikel und neue Haare zu bilden. Ich mufste daher auch, wie schon erwähnt, bei dem einen jungen Menschen den Eingriff mehrfach wiederholen, um die beiden grofsen kahlen Narben mit einer genügenden Menge frischer Haare zu versehen, denn nach jeder Sitzung wuchsen nur immer wenige Haare. In der letzten Zeit habe ich nun insofern eine kleine Verbesserung ge-

troffen, als ich die Skarifikationen tiefer anlegte und die Härchen einzeln mit einer feinen Pincette möglichst gerade in die Spalten einsenkte. Es bleibt aber für die Zukunft zur Vervollkommnung der Methode noch genug zu thun übrig.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Erklärung der Tafel.

Figur 1.

a. Ein zur Einpflanzung benutztes Haarstückchen, das an beiden Enden mit der Schere beschnitten ist.

b. Ein Haarstückchen, das 14 Tage nach der Einpflanzung wieder entfernt wurde. Das untere Ende dieses Haarschnitzels ist von einer hellen Hornlage umgeben, die sich in Form von hellen, fast ganz ungefärbten Hornfasern noch ein klein wenig nach abwärts fortsetzt.

c. Ein Haarsplitter, der vier Wochen nach der Einpflanzung wieder entfernt wurde. Das untere Ende ist dicker und pigmentierter geworden und besitzt eine frischgebildete äußerst zarte und dünnere Verlängerung, die aus hellen Hornfasern besteht; diese letzteren fangen allmählich an, feinere und gröbere Pigmentkörner in ihrem Innern aufzunehmen.

d. Ein Haarplitter, der bereits Wurzeln geschlagen hat und sieben Wochen nach seiner Einpflanzung entfernt wurde. Hier zeigt sich an der Verlängerung des unteren Endes bereits eine Anschwellung. Die Verlängerung selber ist dicker und stärker pigmentiert als das übrige Haar, ist aber sonst ebenso beschaffen wie dieses.

e. Ein wurzelndes Haarschnitzel, das zehn Wochen nach der Einpflanzung entfernt wurde. Die Verlängerung des unteren Endes läuft in eine volle bulbäre Anschwellung aus. Das Haar sproßt auch nach oben weiter und erhebt sich über die Hautfläche.

Figur 2. Eine unbepflanzte, vollkommen kahle und follikelfreie Favusnarbe.

Figur 3. Ein Stückchen bepflanzte Favusnarbe. Rings um ein eingepflanztes Haarschnitzel besteht Proliferation der Stachelzellen mit Neubildung einer Wurzelscheide aus Stachelzellen (äußere Scheide) und einer seitlich sitzenden Talgdrüse; diese ist aus Stachelzellen der äußeren Scheide, die sich zum großen Teil in Talgzellen umgewandelt haben, zusammengesetzt.

Figur 4. Ein Stück aus einer bepflanzten Favusnarbe. Bei zwei Haarschnitzeln beobachtet man Proliferation von Stachelzellen und Neubildung von zwei Follikeln mit Talgdrüsen, und am unteren Ende dieses Follikels, in seiner Mitte, befinden sich die neugebildeten Teile der Rindensubstanz des Haares.

Figur 5. Ein Stückchen aus einer bepflanzten Favusnarbe. Um einige der eingepflanzten Haarschnitzeln bildet sich ein neuer Follikel. Bei zweien derselben gewahrt man in der Mitte die Rindenmasse des frischentstandenen Haares; bei dem einen ist es hell, bei dem anderen stark gefärbt. Die Haare sind zuerst von der inneren Hornschicht, alsdann von dem äußeren, aus Stachelzellen bestehenden Mantel und schließlich von einer fibrösen Scheide umgeben, die aus Zellen und kreisrunden Bindegewebszellen besteht. Bei einem von den Follikeln sieht man seitlich an der äußeren Scheide eine kleine Anschwellung als Andeutung einer in Bildung begriffenen Talgdrüse, die aus Stachelzellen der äußeren Scheide, deren Umwandlung in Talgzellen noch nicht erfolgt ist, sich aufbaut.

Aus der Praxis.

Kalipasten und Kalidunstverbände.

Von

P. G. Unna.

Als ich auf dem Leprakongresse die Anwendung von Kalipasten zur äufseren Behandlung der Leprome empfahl, antwortete mir Brieger, man hätte auch in Berlin die Kalilauge bei Lepra verwandt, übrigens ohne besonderen Nutzen; aufserdem sei die Anwendung mit grofsen Unbequemlichkeiten verknüpft wegen des Überlaufens des Ätzmittels auf die umgebende Haut.

Da an so hervorragender Stelle hiermit dokumentiert war, einerseits dafs die segensreichen Wirkungen dieses Mittels in weiteren Kreisen unbekannt sind, andererseits dafs die Technik seiner Anwendung nicht beherrscht wird, und da dieser Äufserung bisher anderweitig nicht widersprochen wurde, so halte ich es für durchaus notwendig, jener Technik, wie sie sich in den letzten Jahren in meiner Klinik ausgebildet hat, ein paar Worte zu widmen.

Die tiefgreifenden Ätzwirkungen des kaustischen Kalis sind den älteren Ärzten mehr als der heutigen Ärztegeneration und zwar hauptsächlich durch den Gebrauch der Wiener Ätzpaste, der Londoner Ätzpaste und des Kalistiftes bekannt. Es ist offenbar lediglich der grofse Aufschwung der Chirurgie, welcher die Anwendung dieser Mittel in den letzten drei Jahrzehnten erheblich eingeschränkt hat, da alle jene Geschwülste und Bubonen, bei denen sie ihre zerstörende Wirkung damals entfalteten, heutzutage dem Messer und höchstens noch dem Paquelin anheimfallen. Darüber, scheint es, ist auch die Technik des Kalis in der Medizin etwas in Vergessenheit geraten.

Nicht wenige Wahrnehmungen jedoch über die vortreffliche Wirkung der Kalilauge bei verschiedenen Hautleiden, welche übrigens in ihrer Wurzel auf Hebra sen. und noch frühere Dermatologen zurückreichen, werden zweifellos dem Kali causticum in der Dermatologie an Terrain zurückgewinnen, was dasselbe in der Chirurgie verloren hat. Für mich gab die vor fünf Jahren gemachte Entdeckung des Fettgehaltes der Leprabacillen die Veranlassung, mich wieder eingehend mit dem Kali zu beschäftigen, da die daraufhin unternommene histologische Untersuchung

der mit Kali geätzten Leprome, im Gegensatz zu anderen Atzmitteln, einen weitgehenden Schwund der Bacillen erkennen liefs.[1]

Zunächst setzte ich an Stelle der ex tempore mit vorrätig gehaltenen Pulvern erzeugten Kalipasten solche, welche als Pasten vorrätig gehalten werden konnten und sich wie Salben leicht und genau auf der Haut verstreichen liefsen. Ich wählte die Formel:

Kali caustici
Calcar. ustae
Sapon. viridis
Aq. destill. aa pp. aeq.

in welcher der Ätzkalk das Kali vor zu rascher Verbindung mit der Kohlensäure der Luft bewahrt und die Schmierseife unter Mitwirkung des Wassers der Mischung Salbenkonsistenz verleiht.

Diese Paste, kurz Pasta caustica genannt, hat sich für alle vorkommenden Zwecke als ausreichend erwiesen. Man kann ihre Wirkung genau regulieren, einfach durch die Zeitdauer der Applikation; eine beliebige Abschwächung erfährt sie am besten durch Verdünnung mit Glycerin. Die Hauptbedingung für ihre Anwendung ist die sofortige Zufuhr von Wasser während der ganzen Dauer der Applikation. Eintrocknung der Paste und der geätzten Haut ist gleichbedeutend mit Sistierung der Wirkung und es ist ja gerade die lang dauernde, günstige Nachwirkung, welche die richtig ausgeführte Kaliätzung vor Ätzungen mit anderen Mitteln auszeichnet. Man kann sich diese Grundbedingung leicht verständlich machen, wenn man irgend eine eiweifshaltige Substanz mit Kali causticum behandelt; dieselbe trocknet ohne Zufuhr von Wasser stets zu einer durchscheinenden, harten, hornartigen Masse ein, bei Zufuhr desselben löst sie sich dagegen vollständig auf. Ebenso ist es bekannt, dafs die Hornzellen in ganz verdünnter Kalilauge stark quellen und sich auflösen, in 30—40%igen dagegen erhalten bleiben.

Die Applikation geschieht daher so, dafs die Paste mit einem kleinen Wattetampon mehr oder minder dick, ja nach der beabsichtigten Tiefe der Wirkung auf die Haut gestrichen und darauf ein mit Wasser angefeuchteter Dunstverband fest darüber angelegt wird. Bei gröfserer Ausdehnung der geätzten Partie, insbesondere an den Extremitäten, nimmt man dazu nasse Watte und darüber Guttaperchapapier, Valoleum oder dergleichen, bei umschriebenen Ätzungen und speziell am Rumpfe feuchte Wattefläumchen, welche mit Zinkoxyd-Pflastermull zugleich auf die Haut fixiert und feucht gehalten werden. Diese Verbände mit der Pasta caustica liegen nun 6—12—24—48 Stunden, je nachdem man eine

[1] Diese schon längst abgeschlossene Untersuchung hoffe ich demnächst publizieren zu können.

dünne Oberhaut und ein weiches Gewebe oder eine dicke Hornschicht und fibröse Massen vor sich hat. Beim Abnehmen zeigt sich das Deckepithel erweicht oder verflüssigt und die Cutis stellenweise oder in ganzer Ausdehnung ulceriert. Will man die Ätzwirkung noch stärker gestalten, so kann man die Pasta caustica noch einmal in derselben Weise auftragen. Für gewöhnlich aber genügt eine einmalige Ätzung, da soviel Kali von dem Gewebe aufgenommen ist, dafs nun unter einem fortgesetzten, einfachen Dunstverband eine längere Nachwirkung zu erwarten ist. Dieselbe dauert gewöhnlich mehrere Tage an und kann sich bis über eine Woche ausdehnen. Während dieser Zeit hören natürlich die Schmerzen vollkommen auf und die wieder abschwellenden Gewebe lassen eine deutliche starke Resorptionswirkung an den krankhaften Produkten erkennen.

Natürlich war es mein Bemühen von Anfang an, auch die Schmerzen der ersten Kaliapplikation den Patienten zu ersparen. Aber dieselben sind erst in allerletzter Zeit nach vielen vergeblichen Versuchen von Erfolg gekrönt worden, da alle modernen Mittel der lokalen Anästhesie sich hierzu als völlig unbrauchbar erwiesen.

Ich begann natürlich mit dem Kokain, aber dasselbe versagte gänzlich, auch wenn es in hohen Dosen als Kokainum basicum purum vorher auf die Haut gebracht war. Beim direkten Zusammenmischen des Kokains mit der Pasta caustica war ja der Mifserfolg leicht erklärlich, da das Kokain als Ester durch das Kali verseift wird und sogar als Benzoylecgoninmethylester an zwei Stellen dem Kali Angriffspunkte bietet. Nicht besser erging es mir mit den Ersatzmitteln des Kokains, dem Eukain, Holokain und Tropakokain, welche alle durch Kali abspaltbare C_2H_5- oder C_6H_5-Gruppen enthalten, mit deren Fortfall die anästhesierende Wirkung vollkommen erlosch. Auch das Orthoform, welches sich inzwischen zur Schmerzstillung bei den Chlorantimonsalben vorzüglich bewährt hatte, liefs der Kalipaste gegenüber im Stich; auch hier tritt offenbar, wie man schon an der Verfärbung bemerkt, eine Zersetzung des (p. Amido- m. Oxybenzoesäure-Methyl-) Esters ein. Nun war es auch nicht weiter wunderbar, dafs das älteste Anodynum dieser Art, das Kreosot, dessen Wirkung gegenüber dem Salicylschmerze nie versagt, sich hier als unbrauchbar erwies. Denn es besteht bekanntlich aus dem Brenzkatechin- und Homobrenzkatechin-Monomethyläther und die anästhesierende Wirkung hängt offenbar mit der durch Kali abspaltbaren CH_3-Gruppe zusammen.

Es unterlag nach diesen Versuchen wohl keinem Zweifel, dafs dieselbe Eigenheit der chemischen Konstitution, der wir unsere lokalen Anaesthetica verdanken, diese gerade dem Kali gegenüber ausnahmsweise unwirksam machen mufs, und so schien mir die Aufgabe, eine

schmerzlose Kaliätzung herzustellen, eine zeitlang prinzipiell unlösbar zu sein. Allerdings stand ich dabei unter dem Eindruck der Lehren der neueren Pharmakologie, welche die lokal anästhesierende Wirkung nur bei den Mitteln der Kokaingruppe zuläfst, sie aber bei den Mitteln der Opiumgruppe verwirft. So erkennt HARNACK (*Arzneimittellehre*, pag. 642) die lokale Einwirkung des Morphiums auf die sensibeln Nerven nicht an und KOBERT (*Pharmakotherapie*, pag. 466) sagt: „die vermeintliche lokale Wirkung des Morphins läfst sich durch keine auch noch so feine Versuchsanordnung darthun."

Eigene, durch langjährige Praxis als richtig erwiesene Versuche hatten mir jedoch eine unzweifelhafte, stark schmerzstillende Wirkung des Opiums und Cannabisextraktes gegenüber den Salicylschmerzen ergeben. Ich mufste den älteren Ärzten und Pharmakologen beipflichten, welche an die lokalanästhetische Wirkung von Opium und Morphium glaubten oder sie wenigstens nicht verwarfen, und konnte ein Opiumpflaster nicht so „sinnlos" finden wie KOBERT (pag. 326). Die Folge dieser Emanzipation waren Versuche mit Morphium bei der Kalipaste, an die ich beim Versagen der ganzen Ester- und Äthergruppe natürlich zunächst denken mufste. Die Konstitution des Morphiums ist noch nicht völlig gesichert, aber wohl keinenfalls kommt ihm eine Esterstruktur zu. Demgemäfs scheint auch die Kalipaste auf die Morphinbase nicht oder doch wenigstens nicht in für die Praxis erheblichem Grade zersetzend einzuwirken. Gleich die ersten Versuche mit einer Kalipaste, welcher 5 und 10% Morphinum basicum zugesetzt war, ergaben bei einem äufserst empfindlichen Ohrlupus ein befriedigendes Resultat. Nach ½stündiger, allmählich abnehmender Schmerzhaftigkeit schwanden die Schmerzen für die ganze übrige Zeit der 24stündigen Applikation, ohne dafs die Wirkung der Paste sonst geändert war.

Allerdings mufs die Procentuierung des Morphinum basicum eine hohe sein und völlige Schmerzfreiheit wird erst bei 10% erreicht, weshalb man diese Paste nur auf Hautstellen von geringem Umfange applizieren wird. Eine ähnliche Wirkung hat Atropinum basicum bereits bei 1%igem Zusatz, während die Extrakte von Belladonna, Hyoscyamu und Cannabis indica, wenigstens in der Dosierung von 10%, noch keine nennenswerte Abschwächung des Kalischmerzes zeigen.

Jedenfalls ermuntern diese Versuche, die Applikation der Kalipaste schmerzlos und dadurch für die tägliche Praxis bequemer zu machen, auch zur weiteren lokalen Anwendung der opiumartig wirkenden, reinen Alkaloide. Und nicht nur der praktische Arzt wird daraus Vorteil ziehen, sondern auch für die experimentelle Pharmakologie möchte eine neue, allerdings grobe, aber in ihrem Resultate doch recht schlagende Versuchsanordnung erwachsen, in welcher die Frage der lokalen Anästhesie nicht

an Tieren, sondern am Menschen noch einmal nachgeprüft wird, indem man sucht, künstlich gesetzte, örtliche Schmerzen (durch Salicylpflaster, Kali causticum-Dunstverbände) durch örtliche Anaesthetica aufzuheben.

Nachdem die Kalipastentechnik einigermafsen feststand, wandte ich mich den Kalidunstverbänden zu, deren gute Wirkung schon a priori klar war. Denn wenn die einmalige Kaliätzung erst durch die weitere Wasserzufuhr zu einer nachhaltigen günstigen Wirkung gelangte, so mufste sich durch die blofse Einwirkung ganz schwacher Kalilösungen als Dunstverband Ähnliches erreichen lassen. Zugleich fiel dann auch die erhebliche Schmerzhaftigkeit im Anfange ganz fort. Diese Voraussetzungen haben sich bewahrheitet. Ich verwende Lösungen von 1 : 500—1000—2500—5000—10 000. Die letzteren werden auch auf grofsen Wundflächen, z. B. ulceriertem Gesichtslupus nicht schmerzhaft empfunden und besitzen unter impermeabler Bedeckung eine manchmal erstaunliche, resorbierende Wirkung. Sie sind aufserdem reinlich und äufserst billig (z. B. 20—50 Tropfen Liq. Kali caustici auf 1 Liter Wasser). Sie ersetzen bei lupösen und leprösen Ulcerationen fast alle früheren komplizierten Verbandwässer. Ich kann auch diese Form der Kalianwendung nur dringend bei den dazu geeigneten Dermatosen zur Nachprüfung empfehlen.

Versammlungen.

Mitteilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Leprakonferenz zu Berlin im Oktober 1897.

Band I.

(August Hirschwald, Berlin. 1897.)

Die Grundlage für die Verhandlungen der Leprakonferenz bildete gleichsam der vorliegende umfangreiche Band, der bereits beim Zusammentritt der Konferenz fertig war. Er enthält eine grofse Reihe von Arbeiten, die hier nur in Kürze wiedergegeben werden können.

In wieweit ist man berechtigt, den Leprabacillus als die Ursache der Krankheit anzusehen? von A. Neisser. Verfasser stützt seine Behauptung von der spezifischen Bedeutung der Leprabacillen auf folgende Momente: 1. Auf die absolute und ausnahmlose Konstanz der Leprabacillenbefunde bei allen klinisch sicheren Leprafällen. 2. Auf die Thatsache, dafs jedes einzelne, dem klinischen Bilde der Lepra angehörige Symptom nachweislich zurückzuführen ist auf einen bacillenhaltigen, pathologisch-anatomischen Prozefs. Die gesamte Symptomatologie der Lepra entspricht der jeweiligen Lokalisation der Bacillen resp. der bacillenhaltigen Erkrankungsherde. An der Hand der verschiedenen klinischen Bilder wird das erläutert. 3. Auf die That-

sache, dafs auch die feinen histologischen Erscheinungen an den Zellen: Blähungen, Vacuolisation, Globusbildung ihre Unterlage in der Anwesenheit und den Eigentümlichkeiten der Leprabacillen finden. 4. Auf die Thatsache, dafs die bei Lepra konstant, aber auch nur bei Lepra gefundenen Bacillen sich von allen andern bei anderen Krankheiten gefundenen Bacillen in charakteristischer Weise unterscheiden. 5. Auf die Thatsache, dafs diese konstant anwesenden und charakteristischen Bacillen sich bei einer Krankheit finden, deren Verbreitung nur durch Kontagiosität erklärlich ist.

Abstammung und Variation des Bacillus, von Albert S. Ashmead. Allgemeine Ausführungen über die bacilläre Infektion, die Abhängigkeit derselben von gewissen Umständen, ohne welche auch die virulenten Bacillen harmlos sind, die Abstammung aller Bacillen von einem u. s. w.

Einige Bemerkungen über die Lepraübertragbarkeit und Leprabestreitung, von W. M. Geill. Auf Grund seiner Beobachtungen in Pelantöngan, einer Rekonvalescenten- und Lepraanstalt in holländisch-indischen Gouvernements, kommt Verfasser zu der Anschauung, dafs der Boden als Zwischenwirt zwischen Mensch und Mensch bei der Lepra dient, dafs er ebenso wie die Konstitution des Menschen gewisse Bedingungen erfüllen mufs, um dem Virus Virulenz zu verleihen. Das Virus dringt in den Körper durch Läsionen der Oberfläche. Als Beweise führt Verfasser an das häufige erste Auftreten der Leprasymptome an den Füfsen (50%), zumal bei barfufs Gehenden. Ferner fand Verfasser viermal als primäre Läsion eine Pemphigusblase am Fufsrande, einmal eine makulo-anästhetische Lepra ausgehend von einer Verletzung der Fufssohle, zweimal Mal perforant du pied entstanden nach Auftreten auf einen Nagel. Verfasser wünscht die Leprösen isoliert in Gegenden, wo erfahrungsgemäfs der Boden für die Lepraverbreitung ungünstig ist, Verbrennung der Lepraleichen sowie des für die Leprösen gebrauchten Verbandmaterials etc. Lepramutilationen entstehen nach Verfasser durch Nekrose der Knochen, die ausgestofsen werden, nicht durch Ulceration. Ainhum sah er oft als Teilerscheinung der Lepra anaesthetica.

Die Lepra der oberen Atmungs- und Verdauungswege. Vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte dargestellt von Leopold Glück. Aus der inhaltreichen Arbeit können hier nur kurz einige Angaben wiedergegeben werden. Die Nase war bei 89,19% aller Fälle — 32 werden citiert — ergriffen, und zwar auch bei der Lepra anaesthetica. Die Veränderungen sind oft schon im ersten Krankheitsjahre so vorgeschritten, dafs der Beginn derselben mit dem Beginne der Krankheit zusammenfallen mufs. Die Entstellung der äufseren Nase kann derselben die Gestalt einer platten Hakennase, Negernase oder Rüsselnase geben. Mund- und Rachenveränderungen kommen bei Lepra tuberosa und tuberoso-anaesthetica in 73% der Fälle vor, bei der anästhetischen Form sind sie seltener. Die Zungenlepra tritt in Knotenform auf, die meistens in der Mitte liegen. Sie, wie die Kehlkopflepra findet eine ausführliche Darstellung. Kasuistik und Abbildungen erhöhen den Wert der Arbeit.

Die Nichtkontagiosität der anästhetischen Lepra, von S. V. Impey. Verfasser hält diese für festgestellt, wodurch die prophylaktischen Mafsnahmen vereinfacht und verbilligt werden.

Thesen über die Pathogenese der Lepra, von Georg Sticker. Dieselben gipfeln in der Aufstellung einer spezifischen Läsion der Nasenschleimhaut als Primäraffekt der Lepra.

Der Leprabacillus im menschlichen Körper zu verschiedenen Perioden seines Wachstums, von C. Lawrence Herman. Das wichtigste aus der Arbeit ist die Bestätigung der Lagerung der Hauptmassen der Bacillen in den Lymphwegen. Jedoch sah Verfasser auch Bacillen in Zellen, wenn das auch weniger der Fall ist. Mikrophotogramme sind beigegeben.

Die Stellung der Lepra unter den Infektionskrankheiten und die pathologisch-anatomische Erfahrung, von Rudolf Virchow. In skeptischer Weise bespricht Verfasser die Verbreitungsweise der Lepra durch Nahrung, Vererbung und Ansteckung; er bestätigt die Bedeutung des Leprabacillus, ohne die Berechtigung zuzugeben, das bacilläre Leiden als ein infektiöses anzusehen. In pathologisch-anatomischer Beziehung hat die Neuzeit besonders durch die Forschungen des Verfassers und Danielssens viel Aufklärung gebracht. Kurz streift Verfasser den Charakter der leprösen Zellwucherung und die Geschichte des Aufblühens und des Niederganges der Lepra.

Ätiologische Bedeutung der Heredität und der Übertragbarkeit, von Ernest Besnier. Der Inhalt der Thesen entspricht den im Konferenzbericht wiedergegebenen Äußerungen des Verfassers.

Pathologische Anatomie der erythemato-pigmentären Leprafiecken, von J. Darier. Die Flecken zeigen eine perivaskuläre, perifollikuläre und periglanduläre Infiltration, hauptsächlich aus Bindegewebszellen bestehend. Verfasser fand in allen Fällen bis auf einen Leprabacillen in den Flecken, mochten sie frisch oder alt sein. Die Flecke entstehen wahrscheinlich durch bacilläre Embolien. Eine lepröse Neuritis ist nicht unbedingt nötig, die Anästhesie kann bedingt sein durch eine anästhesierende Sekretion der Bacillen. Eine Nervenläsion ohne Bacillen in der Haut genügt nicht, um die Flecken hervorzurufen.

Über die Histologie der Lepra (mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems), von V. Babes. Auf Grund eigener Untersuchungen erörtert Verfasser zunächst die Darstellung des Leprabacillus und seine Eigenschaften. Er bestreitet die Auffassung des Bacillus als Coccothrix, legt der Unnaschen Färbungsmethode wenig Wert bei. Er stellt den Bacillus nach Ehrlichscher Tuberkelbacillenfärbemethode dar. Es scheint ihm der Leprabacillus dem Tuberkelbacillus sehr nahe zu stehen; vielleicht bilden die Bacillen der Vogeltuberkulose einen Übergang. Bacillen findet man auch auf der Haut, in den Se- und Exkreten. Betreffend die vielumstrittene Lagerung der Bacillen, hält Babes die Lagerung derselben in Zellen für unbestreitbar, andererseits fand er oft abgestorbene Zellenhaufen von einer Schleimmasse umgeben im Gewebe liegen. Sehr eingehend bespricht Verfasser auch alle übrigen histologischen Fragen, vor allem die Lepra des Nervensystems, die er durch einige Abbildungen erläutert. Die Arbeit ist sehr inhaltreich, wenn auch die Schlüsse nicht immer als gesicherte angesehen werden können. In ausführlicher Weise nimmt er zu 13 Fragen, die er aufstellt, Stellung.

In **allgemeinen Bemerkungen** teilt Kaposi zwei Fälle von Lepra tuberoso-anaesthetica mit negativem Bacillenbefund mit. Sechs Leprafälle hat er bei Personen beobachtet, die in leprafreien Gegenden geboren sind, später nach Lepragegenden auswanderten und nach 5—10 Jahren leprös wurden. In Österreich ist bis jetzt kein Leprafall konstatiert, dagegen jüngst einer in Lissa (Dalmatien) und Montenegro.

Übertragung der Lepra von Mensch zu Mensch, von G. Armauer Hansen. Die experimentelle Übertragung der Lepra ist bisher nicht gelungen, aber Beobachtungen in Norwegen lassen die Annahme einer direkten Übertragung von Mensch zu Mensch und einer indirekten durch von Leprösen benutzte Gegenstände berechtigt erscheinen. Daß nicht immer die Quelle nachweisbar ist, ist begreiflich, da die

Leprösen ihr Leiden verheimlichen, die Inkubation eine jahrelange ist. An einer Meerenge sind an der einen Seite drei Höfe bewohnt von Gliedern derselben Familie. Hier kommen sechs Leprafälle vor. Auf sechs anderen Höfen, die an derselben Meerenge liegen und von sechs verschiedenen Familien bewohnt werden, findet man 8—9 Leprafälle. Also an die Familie bindet sich die Lepra nur da, wo eben nur eine Familie vertreten ist. Besonders begünstigend für die Infektion ist die gemeinsame Benutzung des Bettes.

Giebt es bei der Lepra Verschleppung durch Effekten (indirekte Kontagion)? von A. v. BERGMANN in Riga. Für indirekte Übertragung durch von Leprösen benutzte Gegenstände spricht die grofse Beteiligung der Wäscherinnen. Von 49 weiblichen Insassen des Rigaschen Leprosoriums sind 9 Wäscherinnen. Jedenfalls ist eine Desinfektion von Kleidern und Wäsche zu verlangen.

Lepra und Immigration, von EDUARD ARNING. Verfasser stellt folgende Thesen auf: 1. Da die Lepra durch Kontagion von Mensch zu Mensch übertragen wird, ist die Migration der Menschen die Quelle der Verbreitung der Seuche. 2. Da Massenauswanderungen besonders aus solchen Ländern stattfinden, in denen die Lepra endemisch ist, und sich häufig nach Gegenden hinziehen, wo noch keine Lepra herrscht, so liegt in der strengen Beaufsichtigung dieser Auswanderungsströme eine wichtige Handhabe zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit. 3. Diese Kontrolle setzt am zweckmäfsigsten am Ausgangspunkt der Auswanderung ein, wird unter Garantie des Konsulats des Bestimmungslandes am Sammel- und Einschiffungshafen fortgesetzt und endet mit einer Superrevision am Ausschiffungshafen.

Vorschläge zur Verhütung und Unterdrückung der Lepra, von JULIUS GOLDSCHMIDT. Die Vorschläge sind in vier Gruppen geteilt, die je nach Rasse, Wohnort, Kulturgrad der verschiedenen Nationen variieren.

Lokalisation der Lepra an Nase, Rachen, Kehlkopf, von JEANSELME und LAURENS. Eine Schilderung der Lepra der oberen Luftwege unter Mitteilung von 19 Beobachtungen. Daran knüpft sich eine Mitteilung der im Musée de l'hôpital St. Louis vorhandenen hergehörigen Moulagen.

Mit Serum, das nach CARASQUILLAscher Methode gewonnen worden war, hat LOUIS BARILLON (Algier) zwei Lepröse behandelt. Erfolg fast negativ.

Thesen für die Prophylaxe der Lepra stellt BROES VAN DORT auf; Errichtung von Leproserien, Isolierung ohne Zwangsmafsregeln ist ihr Ziel.

Über viscerale Lepra, von M. JOSEPH. Bei der Sektion eines Leprösen wurde mikroskopisch nur die Milz als leprös erkrankt gefunden. Die Bacillen waren gröfstenteils degeneriert, zu Kokken zerfallen, die durch einen Mantel zusammengehalten wurden. Dieser färbt sich nach FLEMMINGscher Methode schwarz. Keine Riesenzellen; keine Verkäsung; die meisten Bacillen in Leprazellen in der Gegend der MALPIGHIschen Körperchen. Die der Kapsel anliegenden Teile sind meistens frei von Bacillen, ebenso wie die der Epidermis anliegende Bindegewebslage. Den von KLINGMÜLLER und WEBER erhobenen Befund von Bacillen in der Epidermis kann Verfasser nicht bestätigen.

Bemerkungen zur Kontagiosität der Lepra, von DEHIO. Die tuberöse Form hält Verfasser für kontagiös, während es die anästhetische nur sehr wenig oder nur zeitweilig ist.

Betreffs der Isolation bemerkt HELLAT, dafs bei derselben die sozialen Verhältnisse und die Volksanschauungen berücksichtigt werden müssen. Bei aufgeklärten Völkern genügt die fakultative Isolation, bei wenig civilisierten, z. B. den Russen, mufs sie eine obligatorische sein.

Über fakultative und obligatorische Isolation der Leprösen äufsert sich G. Armauer Hansen auf Grund der Erfahrungen in Norwegen dahin, dafs bei reinlichen Personen und reinlichem Haushalt die Isolation des Kranken in der Heimat genügt. Wo es viele und arme Lepröse giebt, mufs die Isolation in besonderen Anstalten geschehen; je nach den Umständen mufs sie eine fakultative oder obligatorische sein.

Untersuchungen über die Häufigkeit der Augenleiden in den beiden Formen der Lepra, von Lyder Berthen. Bei der maculo-anästhetischen Form sind Bulbusleiden oft sekundäre Folgen der Adnexaleiden, also nicht genuine lepröse Affektionen, während bei der tuberösen Form die Bulbusleiden von denjenigen der Adnexa unabhängig sind, beinahe immer genuine lepröse Affektionen darstellen. Das Krankenmaterial des Verfassers, in dem sich Fälle befinden, die bis zu sechs Decennien dauern, lehrt, dafs bei der anästhetischen Form die Augenaffektionen mit der Dauer der Lepra bei Männern und Frauen zunehmen. Die Männer sind etwas häufiger ergriffen. Die Bulbusleiden nehmen nur in den ersten vier Decennien zu. Die Lepra tuberosa führt besonders in den beiden ersten Decennien bei Frauen in 94,23 % resp. 96,29 % der Fälle zu Augenerkrankungen, bei Männern in 97,35 %. Bis zum vierten Decennium steigt die Zahl bei Männern sogar bis 100 %. Die Bulbusleiden nehmen bei den Männern stetig zu, bei Frauen erreichen sie im zweiten Decennium ihr Maximum. Die Bulbusleiden sind häufiger bei der knotigen Lepra als bei der anästhetischen. Wo bei der letzteren die Augen affiziert sind, sind stets die Adnexa ergriffen; Bulbusleiden ohne Adnexaveränderungen kommen nicht vor. Die Schwere der Augenaffektionen hat folgende Ordnung: 1. maculo-anästhetische Frauen, 2. maculo-anästhetische Männer, 3. knotige Frauen, 4. knotige Männer.

Zur Geschichte des Aussatzes bringt E. Lesser einige Ausführungen über die Entwickelung der Lepra in Europa.

Die Beziehungen zwischen der Morvanschen Krankheit, der Syringomyelie, der Sklerodermie, der Sklerodaktylie, der Raynaudschen Krankheit, der Morphoea der Zeitgenossen, dem Ainhum, der progressiven Muskelatrophie Aran-Duchenne und der Lepra, von Zambaco Pascha. Auf Grund eingehender Erwägungen glaubt Verfasser zu folgenden Schlüssen kommen zu müssen: Die Morvansche Krankheit ist nichts anderes als Lepra mutilans. Zahlreicher Autoren Zustimmungen hierzu werden aufgeführt. Unter die Rubrik Syringomyelie werden viele Kranken mit Lepra anaesthetica gezählt. Ebenso umfafst auch die progessive Muskelatrophie Leprafälle. Sicherlich hat man auch Lepröse als an Raynaudscher symmetrischer Gangrän leidend bezeichnet. Wahrscheinlich werden weitere Beobachtungen lehren, dafs diese neuen Krankheitszustände nur eine modifizierte und in ihren Manifestationen abgeschwächte Lepra darstellen. Die Abwesenheit des Bacillus beweist nichts, denn man vermifst denselben bei der Majorität der Fälle von Lepra; nur der klinische Befund ist für die Diagnose mafsgebend. Ainhum ist eine Modifikation der Lepra mutilans, welche an Füfsen, an Händen oder an beiden sitzt. Die Morphoea, gleich den Hippokratesschen Bezeichnungen Alphos und Leuke, eine Benennung, unter der man von Alters her bis in die Neuzeit die verschiedensten Leiden verstanden hat, soll auch fernerhin nur eine Form der makulösen Lepra bezeichnen, bei der vielleicht die Sensibilität erhalten ist. Die Bacillen sind hier nicht nachweisbar. Auch die Sklerodermie ist von der Lepra nicht abzutrennen, es ist eine modifizierte Lepra. Die Sklerodaktylie ist eine Sklerodermie, d. h. eine Lepra der Hände. Auch wer die ungeheure Erweiterung des Leprabegriffs oder vielmehr die bedeutende Einengung neurologischer Leiden nicht zugeben will, mufs die vorliegende Arbeit studieren, um ihre Schwächen zu entdecken.

Über die Lepra der größeren Hautvenen, von Leopold Glück. Bei neun Leprakranken konnte Verfasser rosenkranzartige Verdickungen von Venen feststellen, besonders an der Vena cephalica, basilica und saphena major. Die Venen sind als derbe Stränge mit aneinander gereihten Knötchen zu fühlen. Man könnte die Affektion als Phlebitis nodularis bezeichnen. Es sind gewöhnlich nur kleine Strecken eines Gefäßes ergriffen. Histologisch wurde gefunden: ungleichmäßige Verdickung und Infiltration der Adventitia, Durchwucherung der Muscularis mit einem kleinzelligen Infiltrat, hochgradige Verdickung und Infiltration der Intima, Einlagerung von Bacillen. Es ist also eine Peri-Meso- und Endophlebitis leprosa. Aus der Litteratur ist besonders die Arbeit von Joelsohn über Gefäßlepra hervorzuheben. Gute mikroskopische Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

Über Vereine zur Bekämpfung der Lepra, von M. Kirchner. Die Gründung von Leproserien, die Unterhaltung der aus sanitätspolizeilichen Gründen in dieselben gebrachten armen Leprakranken soll Pflicht des Staates sein. Im übrigen soll die Fürsorge für die Kranken und ihre Familien der freien Liebesthätigkeit überlassen werden. Die Gründung eines Vereines zur Bekämpfung der Lepra hält Verfasser nach den Beispielen in England und Rußland für wünschenswert.

Die anästhetischen Formen der Lepra, von Carl Looft. Verfasser schließt aus den Beobachtungen in Norwegen: 1. Die anästhetischen Formen sind nur Stadien der maculo-anästhetischen Lepra. Formen von Lepra, die ohne Hauteruption anfangen, kennen wir in Norwegen nicht. Die Spätstadien der Lepra maculo-anaesthetica, wo Flecken nicht vorhanden sind, können durch das klinische Bild allein — die Ausbreitung der Anästhesien, Muskelatrophien und Paralysen — sicher diagnostiziert werden.

Für Leprakolonien und Lepragesellschaften plädiert P. Hellat.

Die Verbreitung der Lepra in Schweden, von E. Sederholm. Nur 70 bis 75 Lepröse giebt es in Schweden, von denen 30 isoliert sind.

Die Verteilung und Ausbreitung der Lepra in Holland und in seinen Kolonien, von T. Broes van Dort. Holland enthält höchstens 30 Leprakranke, die Kolonie „Curacao", bestehend aus sechs Inseln (au dessous de vent und au dessus de vent) enthält in zwei Leproserien 36 Lepröse (auf ca. 44 000 Einwohner). Auf die statistischen Angaben über alle übrigen holländischen Kolonien sei hier nur hingewiesen.

Lepra in der Türkei, von E. von Düring. Neben interessanten geographischen Notizen bringt Verfasser auch Beiträge zur Kontagiosität und Heredität der Lepra und klinische Bemerkungen, welche Zambaco Paschas Anschauungen über die Syringomyelie und verwandten Leiden unterstützen.

— Die weiteren Arbeiten des Buches enthalten Berichte über den Stand der Lepra in den verschiedenen Weltgegenden, eine Fundgrube geographisch-statistischer Angaben, auf die ich nur jeden Leser hinweisen kann. Ihr Wert ist um so größer, als es sich um authentische Mitteilungen von auf dem Gebiete der Lepra erfahrenen, in dem betreffenden Bezirk genau bewanderten Ärzten handelt und auch zahlreiche Erörterungen über Prophylaxe und Klinik der Lepra eingeflochten sind. Die Arbeiten stammen von Edvard Ehlers (Island), James C. White (Vereinigte Staaten und Canada), S. P. Impey (Südafrika), H. P. Lie (Norwegen), B. Beron (Bulgarien), Justin Foley Donovan (Jamaica), Gémy et Raynaud (Algier), Orvañanos (Mexico), Joaquin Canabal (Montevideo), Albert S. Ashmead (präkolumbische Lepra), Numa Rat (Westindien), Carasquilla (Columbien), Bayet (Belgien), Raemdonck (Centralasien), Franz Engel (Ägypten), A. Baessler (Marquesasinseln), K. Dohi (Japan), Celso Nellizari (Italien), L. W. Pagerlund (Finnland), S. Deuntzer (Siam), J. Numa Rat (Westindien),

R. Lazarewitsch (Serbien), Sp. Rosolimos (Griechenland), Asburton Thompson (Australien), Sabadini (Jerusalem), A. Blaschko (Deutschland), E. Schoen (deutsche Schutzgebiete Afrikas), O. v. Petersen (Rufsland), H. Hallopeau (Paris), J. F. Jonkin (Westafrika). — Den Schlufs des Bandes bildet ein kurzer Abrifs über den Stand der Therapie der Lepra von Lassar, der leider nur negative Resultate feststellen kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 43 und 44. 1898.

Die beiden stattlichen Bände (505 und 539 Seiten) sind als Festschrift Filipp Josef Pick aus Anlafs der Vollendung seiner 25jährigen Thätigkeit als Professor und Vorstand der dermatologischen Klinik in Prag von Kollegen und Schülern gewidmet. Die Einleitung des ersten Teiles der Festschrift bildet eine Widmung von Kaposi, in welcher der Jubilar als Forscher, verdienstvoller Lehrer und treuer Freund gefeiert und vom Autor gleichzeitig im Namen aller Mitarbeiter herzlichst beglückwünscht wird.

I. Teil.

I. **Die Littlesche Krankheit (Congenital spastic rigidity of limbs) und die hereditäre Syphilis**, von Tommaso de Amicis-Neapel. Der Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines 3jährigen Kindes, das von syphilitischen Eltern stammt und mit einer kongenitalen, durch habituelle Kontrakturen der willkürlichen Muskulatur besonders an den unteren Extremitäten charakterisierten Affektion behaftet ist. Es sind speziell jene Muskeln betroffen, deren Funktion von medullären Reflexen abhängt, begleitet von einer Steigerung der Sehnenreflexe. Die Muskeln der Ober- und Unterschenkel fühlen sich steif an und die Achillessehnen gleichen straffgespannten Saiten. Das Kind ist nicht im stande, sich in aufrechter Stellung zu erhalten. Das Gehen ist unmöglich. Auf der Haut sieht man Narben, welche auf Hautinfiltrate spezifischer Natur zurückzuführen sind. (Syphiloma tuberculare profundum.) Im übrigen ist das Allgemeinbefinden nicht verändert, die Intelligenz ist intakt, Muskelatrophie nicht vorhanden, die Sensibilität normal, die elektrische Erregbarkeit leicht gesteigert. Es handelt sich im vorliegenden Falle um die Littlesche Krankheit, für welche mangels anderer ätiologischer Momente lediglich die Syphilis verantwortlich zu machen ist. Little hat für die von ihm im Jahre 1840 zuerst beschriebene und mit „Congenital spastic rigidity of limbs" bezeichnete Krankheit als Ursachen Frühgeburt, schwere Entbindung und geburtshülfliche Operationen oder entzündliche Erkrankungen des Fötus etc. angenommen. Der vorliegende Fall kann zu den von Fournier sobenannten parasyphilitischen Affektionen gezählt werden, welche zwar nicht direkt syphilitischer Natur, aber dennoch indirekt durch die Syphilis bedingt sind.

II. **Ein Fall von Erythema perstans pseudoleprosum**, von E. Arning-Hamburg. Die 31jährige, seit neun Jahren verheiratete Patientin litt früher an Gesichtsneuralgien und Bleichsucht. In den letzten Jahren zeigte sie Erscheinungen einer ausgesprochenen Neurasthenie. Sie klagte über Schwäche in den Beinen, Empfindlichkeit gegen Geräusch, Rückenschmerzen, welche letzteren im Frühjahr 1897 sich

auf eine etwa thalergroſse Stelle in der rechten Skapulargegend koncentrierten und von dort aus teils anfallsweise, teils kontinuierlich gürtelförmig um den Rumpf herumzogen. Ein inneres Mittel war gegen die Schmerzen nicht verordnet worden. Um dieselbe Zeit traten an den Unterschenkeln ohne Schmerz- oder Juckempfindung rote Flecke auf, die sich langsam vergröſserten und mit den benachbarten konfluierten. November 1897, zur Zeit als die Patientin in die Behandlung des Verfassers kam, waren ihre Unterschenkel leicht ödematös geschwollen, der linke zeigte 8—10 cm breit bandartig das untere Drittel umgebend eine besonders am Rand das Niveau der Haut leicht überragende, bei längerem Stehen dunkelkirschrot aussehende, beim Auflegen des Beines etwass abblassende erythematöse Infiltration, der rechte Unterschenkel ist in ähnlicher Weise befallen, jedoch ist hier die Affektion noch nicht soweit vorgeschritten wie links. Sämtliche Flecken waren umsäumt von einem ganz leicht erhabenen, etwa 2 mm breiten Rande, der eine hellere Farbe zeigte. Die Sensibilität im Bereiche der Flecken war nicht gestört, Sehnen- und Hautreflexe waren normal. Der spärliche Urin enthielt kein Eiweifs, keinen Zucker, dagegen viel Schleim und groſse Mengen von Uraten. Anhaltspunkte für eine abgelaufene oder latente Syphilis waren nicht vorhanden. Die Behandlung bestand in absoluter Bettruhe mit erhöht gelagerten Beinen, in Resorcinumschlägen am Tage und indifferenten Salbenverbänden des Abends; später wurde täglich zweimal eine 5%ige Pyrogallussalbe mit ½% Salicylzusatz appliziert, ohne dafs die Flecken sich wesentlich veränderten. Erst eine energische Chrysarobinbehandlung bewirkte Heilung der Hautaffektion. Innerlich hatte die Patientin Wildunger Helenenquelle und Uricedin genommen, unter denen die Urinmenge sich erheblich vergröſserte, das Ödem der Unterschenkel sich verlor. In differentialdiagnostischer Beziehung konnten Lepra, Syphilis, Tuberkulose, Syringomyelie ausgeschlossen werden. Verfasser sieht die Affektion als eine bei einer gichtisch erblich belasteten, an Neurasthenie leidenden Patientin entstandene und durch eine unbekannt gebliebene Toxe ausgelöste Angioneurose an.

III. **Über die venerischen Affektionen der Analgegend bei Prostituierten,** von Victor Bandler-Prag. Bei den meisten bisher publizierten Fällen von blennorrhoischen Affektionen der Analgegend bei Prostituierten handelt es sich um einfache Rektalblennorrhoe mit geringerer oder stärkerer Sekretion aus dem Anus und mit Gonokokken im Sekrete. Nur vereinzelt werden auch Komplikationen im periproktalen Gewebe beschrieben, so unter anderen von Nobl, Baer, Huber. Letzterer beobachtet in drei Fällen periproktale Fistelbildung, in deren Sekretete er Gonokokken fand. Einen analogen Fall von schwerer Periproctitis suppurativa auf blennorrhoischer Basis beschreibt im folgenden der Verfasser. Für die blennorrhoische Infektion des Rectums giebt es drei Möglichkeiten: 1. Infektion durch widernatürlichen Coitus. 2. Durchbruch eines Bartholinischen Abscesses ins Rectum. 3. Übertragung von aufsen, zumeist Überfliefsen blennorrhoischeu Sekretes von den Genitalien nach dem After. — Neben den blennorrhoischen Affektionen des Anus zeigt sich bei den Prostituierten vielfach die Neigung zur Entstehung von Ulcerationen und Hyperplasien in dieser Region. Die Ulceration tritt entweder isoliert in Form einfacher Epithelverluste als Rhagaden bis zur Bildung tiefer elliptischer kahnförmiger Geschwüre mit reinem oder belegtem Grunde auf. Die Hyperplasie repräsentiert sich in Form der sogenannten Plicae anales hypertrophicae, welche zumeist mit Ulcerationen verbunden sind und dann als Plicae anales hypertrophicae exulceratae beschrieben werden. Von der letzteren Form sammelte Verfasser 57 Fälle, von denen 37 Lues überstanden hatten. Bei 23 derselben konnte der Nachweis geführt werden, dafs die Ulcerationen am Rectum

und die Bildung der Plicae hypertrophicae exulceratae erst nach erfolgter luetischer Allgemeininfektion aufgetreten waren. In keinem Falle ist es gelungen, einen Zusammenhang dieser Prozesse mit Blennorrhoe nachzuweisen. Verfasser ist auf Grund seiner Erfahrungen geneigt, die Lues und die in ihrem Gefolge eintretende Sklerosierung der Drüsen als prädisponierende Ursache der Ulcerationen und Hyperplasien anzusehen, welche dann durch die vielfachen Traumen, denen die Prostituierten ausgesetzt sind, und die fortwährende Reizung zur Bildung dieser Affektion führt.

IV. **Über neuere Antiblennorrhoica (insbesondere Argonin und Protargol)**, von Max Bender-Düsseldorf. Unter den neueren Mitteln gegen die Blennorrhoe haben sich dem Verfasser das Argonin und das Protargol als die erprobtesten erwiesen. Von den 60 mit Protargol behandelten Fällen zeigten einen positiven Effekt, d. h. definitiven Schwund der Gonokokken aus dem Sekrete: am 1.—3. Tage 25 Fälle, am 3.—6. Tage 10 Fälle, am 6.—10. Tage 15 Fälle, in längstens 15 Tagen 10 Fälle. — Neben der prompten Wirkung auf die Gonokokken hat nach der Ansicht des Verfassers das Protargol den sehr wesentlichen Vorteil (?), dafs die Sekretion zwar dünner, bisweilen auch schleimiger wird, aber fast nie ganz unter dem Gebrauche des Medikamentes aufhört, sodafs die Patienten die Behandlung nicht zu früh abbrechen. Sobald dreimal in entsprechenden Zwischenräumen das Sekret sich gonokokkenfrei erwiesen hat, geht Verfasser zur Anwendung von Adstringentien über, läfst jedoch dabei täglich noch einmal 1 %iges Protargol injizieren. (In welcher Zeit durchschnittlich der Tripper definitiv abgeheilt ist, d. h. nicht nur die Gonokokken aus dem Sekrete verschwunden, sondern auch vollständige Klärung des Urins, Aufhören des Ausflusses, Schwinden der Fädchen aus dem Urin unter der Protargolbehandlung eingetreten sind, das erfahren wir, wie in so vielen Arbeiten über die neueren Trippermittel, leider auch in der vorliegenden nicht. Ref.)

V. **Beiträge zur Topographie der äufseren Hautdecke**: 1. **Zur Pathologie und Topographie des Herpes zoster**, von A. Blaschko-Berlin. Oscar Simon war der erste, welcher im Jahre 1873 in seinem Buche *„Die Lokalisation der Hautkrankheiten"* den Versuch machte, alle für das Zustandekommen der äufseren Form und Verteilung der Hauteffloreszenzen in Betracht kommenden Momente systematisch zusammenzufassen. Ihm folgte im Jahre 1886 F. J. Pick mit seinen *„Lokalisationstabellen"*. Seitdem ist für die Förderung der Lehre von der Lokalisation der Hauterkrankungen nur wenig geschehen. Der Verfasser hat sich in der vorliegenden Arbeit die Aufgabe gestellt, Beiträge zur Ätiologie, Pathologie und Topographie des Zoster zu liefern und damit eine Grundlage zu weiteren Studien in dieser Richtung schaffen zu helfen. Sein Material umfafst 127 Fälle von Zoster, welche in dem Zeitraum von 1888—1897 zur Beobachtung kamen. Ein epidemisches Auftreten des Zoster wurde nicht bemerkt. Dagegen liefs sich ein gehäuftes Vorkommen der Erkrankung in den Frühjahrs- und Herbstmonaten beobachten. Für die Annahme des Herpes zoster als eine einheitliche Infektionskrankheit lieferte das Material des Verfassers keine Anhaltspunkte. In vier Fällen machte sich ein toxischer (Arsengebrauch), in zwei ein mechanischer Einfluſs (Übungen am Reck) geltend. Von Interesse ist die Wahrnehmung, dafs in nicht wenigen Fällen an der dem Zoster entsprechenden Seite, neben dem Processus spinosus, also etwa in den langen Rückenmuskeln eine deutlich abtastbare schmerzhafte Verdickung fühlbar war, weshalb Verfasser sich nicht des Gedankens verschliefsen konnte, dafs hier ein ätiologischer Zusammenhang vorliegt, zumal in allen diesen Fällen der Sitz der Verdickung sich mit der Austrittsstelle des vermutlich erkrankten Spinalnerven auf annähernd gleicher Höhe hielt. In dieser Anschwellung sowohl, welche vielleicht als ein Muskelexsudat aufzufassen ist, wie in der Erkältung, welche oft als direkte Krankheitsursache

angegeben wird, sieht Verfasser eine Verwandtschaft mit dem Muskelrheumatismus und sonstigen Erkältungskrankheiten. Nur fehlt beim Herpes zoster ganz und gar die Neigung zu Recidiven. Für eine grofse Zahl von Fällen legt der ganze Symptomenkomplex (Fieber, Kopf- und Rückenschmerzen, Steifigkeit des Nackens, allgemeine Abgeschlagenheit, Verdauungsbeschwerden, Halsschmerzen, Seitenstechen, schmerzhafte Lymphdrüsenschwellungen im erkrankten Bezirk) den Gedanken an akute Infektion sehr nahe. (NB. Die Lymphdrüsenschwellungen bei Zoster finden sich übrigens nicht nur bei METTENHEIMER, wie Verfasser glaubt, sondern schon in der 2. Auflage von STRÜMPELLS *Lehrbuch*, Band II, Seite 34, erwähnt. STRÜMPELL sagt hier: „Bemerkenswert ist, dafs die Zosterfälle nicht selten in einer gewissen epidemischen und zuweilen sogar endemischen Ausbreitung auftreten, sodafs man an ein infektiöses Agens zu denken veranlafst wird. Vielleicht spricht hierfür auch die fast konstante Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen [in der Achselhöhle, am unteren Rande des M. pectoralis u. a.]." Ref.) Eine sehr häufige und charakteristische Begleiterscheinung des Zoster sind die Schmerzen, von denen Verfasser verschiedene Qualitäten unterscheidet: 1. Einen rheumatoiden Schmerz auf Druck auf die Processus spinosi oder neben denselben auf die langen Rückenmuskeln der erkrankten Seite. 2. Einen neuralgischen Schmerz. 3. Hyperaesthesia und Hyperalgesia cutis. 4. Der durch die begleitende Lymphangitis und Lymphadenitis hervorgerufene und durch seine Lokalisation charakterisierte Schmerz. Bezüglich der Entstehung und Lokalisation der Erkrankung glaubt Verfasser, dafs ein Herpes zoster zu stande kommen kann durch einen Reiz, welcher ein peripheres Neuron an irgend einer beliebigen Stelle trifft. Unter Neuron versteht man nach WALDEYER eine Nervenzelle mit allen ihren nach irgend welcher Richtung hin sich erstreckenden Fortsätzen und Verzweigungen. Jeder das Neuron an irgend einer Stelle treffende Reiz wirkt auf das ganze Neuron, und es bleibt sich hinsichtlich der Wirkung gleich, an welcher Stelle das Neuron getroffen ist. Somit ist die Möglichkeit vorhanden, dafs der Sitz der Erkrankung im verlängerten Mark, im Rückenmark, in den hinteren Wurzeln, im Spinalganglion, sowie in den peripheren Nerven an irgend einer Stelle ihres Verlaufes liegt. Gegen die Beteiligung der letzteren als dem Sitz der Erkrankung sprechen jedoch mannigfache Erfahrungen; vielmehr ist es sehr wahrscheinlich, dafs man ihn im Spinalganglion oder in dem ihm dicht benachbarten, nahe von ihm peripher gelegenen Spinalnerven oder der central gelegenen hinteren Wurzel, vielleicht auch in dem zugehörigen spinalen Segment zu suchen hat. — Im folgenden teilt der Verfasser mit, welche Wege von früheren Forschern beschritten worden sind, um Aufschlüsse über die Versorgung der Haut durch die einzelnen spinalen Abschnitte zu erhalten. Er skizziert sodann die Zosteren, nach spinalen Wurzeln resp. Segmenten geordnet, unter Zugrundelegung seiner eigenen Beobachtungen und unter Zuhülfenahme derjenigen von BÄRENSPRUNG, PFEIFFER, MACKENZIE und HEAD. Nach der allgemeinen Schilderung giebt er die Beschreibung der einzelnen Zosteren, von den oberen Cervikalnervengebieten abwärts gehend. Den Schlufs der sehr interessanten Arbeit bildet eine tabellarische Übersicht der Zosteren, geordnet nach den einzelnen Spinalnerven und mit Gegenüberstellung der Nomenklaturen von BÄRENSPRUNG-KAPOSI und HEAD. Zahlreiche Figuren (Skizzen) illustrieren und veranschaulichen die Lokalisation der Zosteren auf der äufseren Haut wie den Sitz der Erkrankung in den zugehörigen Nervengebieten.

VI. **Die Hydrotherapie bei den Erkrankungen der Haut**, von EDMUND BOHN-Prag. Um eine Vorstellung zu erhalten, gegen welche Krankheiten der Körperoberfläche das Wasser mit Erfolg anwendbar erscheint, müssen wir uns klar sein, welche Funktionen der Haut wir durch die thermischen und mechanischen Wirkungen der

Wasserapplikation wirksam zu beeinflussen vermögen. W. Winternitz und seine Schüler sowie andere Forscher haben den Nachweis erbracht, dafs differente Temperaturgrade, verbunden mit stärkerer oder schwächerer mechanischer Einwirkung („Friktion"), oder auch ohne diese letztere, eine Änderung des Blutgehalts, der Sekretionsverhältnisse, der sensiblen und vasomotorischen Innervation herbeizuführen vermögen. Hinzu kommt die eminent macerierende Wirkung des Wassers, die bei hyperkeratotischen Prozessen erfolgreich zur Anwendung kommen kann. Bezüglich der allgemeinen Methodik der Hydrotherapie und ihrer theoretischen Begründung verweist Verfasser auf die einschlägigen Publikationen von Winternitz, v. Hösslin, Krüche u. a. Im folgenden erörtert er die Leistungsfähigkeit der Wasserbehandlung im speziellen bei den einzelnen Klassen von Hauterkrankungen, so bei den Hyperämien und Anämien. Unter anderen erfahren wir, dafs passive Hyperämien, die mit Varicenbildung an den Unterextremitäten einhergehen, durch kalte Güsse (8 bis 12° R.) entlang des Beines am besten von der Peripherie gegen den Stamm hin bei Herabhängen der Beine, oder durch Stehen resp. Gehen im fliefsenden Wasser günstig beeinflufst werden. Weiter wird die Wirksamkeit kühler Bäder mit kalter Brause, Übergiefsungen, Flufsbäder bei angioneurotischen Zuständen der Haut hervorgehoben. Der Verfasser bespricht ferner die hydrotherapeutischen Mafsnahmen bei den Sekretionsanomalien der Haut und ihren Folgezuständen, die Hydriatik der akut und chronisch entzündlichen Zustände, der chronisch infektiösen Hauterkrankungen, insbesondere der Syphilis. Nach der Erfahrung des Verfassers und zahlreicher Autoren führt bei gleichzeitiger, zweckentsprechender Wasserbehandlung die eingeleitete spezifisch-medikamentöse Behandlung schneller und bei niedrigerer Dosierung zum Ziele. Personen, welche neben der Inunktionskur hydriatisch behandelt wurden, haben viel weniger unter der durch diese spezifische Kur gesteigerten Empfänglichkeit für Erkältungen zu leiden. Die Hydrotherapie leistet als Vorbereitung und Roborans Gutes bei solchen Patienten, die eine Idiosynkrasie gegen die Specifica zeigen, oder bei denen sich wegen gleichzeitig bestehender schwerer krankhafter Erscheinungen die Anwendung der Specifica verbietet. Sowohl als Vorbereitungskur wie als kräftigende Nachkur bei der Quecksilberbehandlung ist die Hydrotherapie von Vorteil. Sie ist ein sehr wirksames Mittel zur Ausscheidung von Quecksilber und Jod bei Sättigung des Körpers mit diesen Stoffen, also bei Hydrargyrose und Jodismus. Im folgenden wird der Wert der Hydriatik bei den anderen chronischen Infektionskrankheiten und bei den Sensibilitätsstörungen der Haut besprochen.

VII. **Beobachtungen und Betrachtungen über Lichen ruber,** von Achille Breda-Padua. Der Verfasser wirft zunächst einen historischen Rückblick auf die Entwickelung der Lehre vom Lichen und beschreibt dann sehr ausführlich die Krankengeschichte von mehreren Fällen aus der Praxis der letzten Jahre. Unter den acht vom Verfasser beobachteten Fällen war keiner, bei welchem akuminierte Knötchen in einer bedeutenden Mehrzahl vorhanden gewesen wären. Sie zeigten ausschliefslich Knötchen und Krusten, niemals Bläschen und Blasen. Die Knötchen waren entsprechend den Falten der Haut und der Haarfollikel angeordnet und bildeten vielfach ring-, bogen- und gyrusförmige Figuren. Die Schuppenbildung war vor Einleitung einer lokalen Behandlung immer sehr gering und dann nur bei rapider Involution vorhanden. Zeichen von Atrophie an Stelle der Knötchen waren sehr selten. In zwei Fällen waren nach zwei Jahren die sekundären Verfärbungen, in einem derselben auch die Arsenmelanose vollständig verschwunden. Die lokale Behandlung (Salben, Massage) hat die Involution der Efflorescenzen zwar nicht wesentlich gefördert, die subjektiven Symptome jedoch sehr gemildert. Bei keinem der Patienten war trotz langer Beobachtung ein Recidiv zu verzeichnen.

VIII. **Über den Sitz der latenten Syphilis,** von Caspary-Königsberg. In seiner Arbeit „Die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide" (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1885) hat sich I. Neumann sehr eingehend mit der Frage der Latenz der Syphilis beschäftigt und auf Grund früherer Untersuchungen die Ansicht ausgesprochen, „dafs es aufser der Sklerose und den Lymphdrüsen noch andere, über grofse Körperflächen zerstreute Herde giebt, in welchen das an Rundzellen gebundene Virus monate- und selbst jahrelang haftet. Diese Zellen, da sie die Träger des Virus sind, können durch Proliferation ebensoviele Stätten für die Reproduktion des syphilitischen Virus abgeben, von denen dasselbe in die Gewebe des Organismus eindringt und durch Kontakt infiziert. Durch diese Befunde hat die sogenannte Latenz der Syphilis für die meisten Fälle eine greifbare objektive Erklärung gefunden." Neumann hatte auch die klinische Beobachtung gemacht, dafs häufig von ganz gesund aussehenden Stellen der Haut und der Schleimhaut, die jedoch früher syphilitisch erkrankt gewesen sind, eine Infektion zu stande kam. Beim Anblick eines mikroskopischen Bildes einer früher syphilitischen, aber längst verheilten Hautstelle wurde Verfasser angeregt, die Untersuchungen Neumanns zu wiederholen. Von der früher syphilitisch erkrankt gewesenen, jetzt mit zahlreichen Narben bedeckten Gesichtshaut eines 14jährigen, mit hereditärer Lues behafteten Knaben wurde ein kleines Stückchen excidiert und im pathologischen Institut untersucht. In dem Präparate war das Epithel der Narbe genau so gut entwickelt, wie das der angrenzenden, gesunden Haut; der Papillarkörper zeigte gut gebaute Papillen, schön entwickelte Talgdrüsen, sehr deutlich durch die Orceinfärbung hervortretende, fast strangförmige elastische Fasern, die in der Narbenstelle ungleich stärker entwickelt waren als in der Nachbarschaft. Aufserdem fanden sich an verschiedenen Stellen kleine Haufen von Rundzellen, die besonders um die Gefäfse gelagert waren und im Gegensatz zu den Befunden Neumanns eine ganz normale Form zeigten. Verfasser glaubt auf Grund weiterer Untersuchungen alter Narben, die von nicht syphilitischen Wunden herrührten, dafs es sich bei diesen Anhäufungen von Rundzellen um einen noch vorhandenen, noch aktiven Reizzustand handele. Denn in Präparaten von solchen Stellen, die entweder oft gedrückt, oder durch Muskelbewegungen stark gereizt wurden, so von der Rückenhaut, vom Vorderarm, Olecranon, von der Anusgegend fand er immer, mochte das excidierte Hautstückchen virulenter oder avirulenter Herkunft sein, Haufen oder Häufchen von ausgewanderten Leukocyten rings um die Gefäfse, an den Ausführungsgängen der Schweifs- und Talgdrüsen, an den Haarbälgen und auch unabhängig davon, unterhalb der Papillen. In Präparaten von gesunder Haut fand sich nichts davon. Durch diese Befunde würden, wenn sie noch anderweitig bestätigt würden, die Schlufsfolgerungen Neumanns von ihrer Bedeutung verlieren.

X. **Die Schwierigkeiten in der Diagnose nervöser Lepraformen, insbesondere in Beziehung auf die Syringomyelie,** von v. Düring-Constantinopel. Die vorliegende Arbeit soll an der Hand der einschlägigen Litteratur, insbesondere der neuesten Arbeiten von Schlesinger (*Pathogenese und pathologische Anatomie der Syringomyelie.* Wien 1897) und von Laehr (Lepra und Syringomyelie. *Berl. klin. Wochenschr.* 1897) einen kritischen Beitrag zur Frage der Differentialdiagnose zwischen Syringomyelie und Lepra liefern. Was die pathologisch-anatomische Seite dieser Frage betrifft, so resumiert der Verfasser seine Erörterungen dahin, „dafs die Befunde im Rückenmark bei Leprösen, besonders in Anbetracht des bis jetzt im ganzen kleinen Obduktionsmaterials und in Anbetracht der geringen Aufmerksamkeit, welche man bis vor kurzem dem Rückenmark zugewandt hat, schon recht bedeutend sind. Wir haben bei der Lepra sowohl durch bacilläre Invasion des Centralnervensystems hervorgerufene Veränderungen, als auch Degenerationsprozesse anscheinend

sowohl endogener wie exogener Natur gesehen, die vollauf diejenigen sensiblen und trophischen Störungen erklären, welche nicht auf peripherische Neuritis zurückzuführen sind. Anatomisch haben diese Veränderungen mit der Syringomyelie nichts zu thun." — Hinsichtlich der klinischen Diagnose der Lepra glaubt Verfasser, dafs man den Forschern und Kennern der Lepra, welche Gelegenheit haben in Lepraländern typische und atypische Fälle zu beobachten, die Berechtigung zugestehen mufs zu sagen: klinisch haben diese oder jene Erscheinungen mit den klinischen Erscheinungen der Lepra so grofse Ähnlichkeit, dafs man sie bis zum Beweise des Gegenteils als Folgen der Lepra oder in irgend einem Zusammenhang mit der Lepra stehend ansehen mufs. Verfasser bespricht dann an der Hand der Arbeiten von Laehr und Schlesinger einzeln die differentialdiagnostischen Merkmale der Lepra und Syringomyelie. Seine Ansichten über die Differentialdiagnose beider Krankheiten decken sich fast mit denen Jeanselmes': 1. Die Anästhesie ist bei der Lepra (fast!) immer symmetrisch, zunächst bandförmig, später segmental (im alten Sinne); die Dissociation ist („meistens!") eine unvollkommene; die Anästhesie nimmt ab an Intensität nach der Tiefe der Gewebe hin und ebenso von der Peripherie der Extremitäten gegen die Wurzeln derselben. 2. Die syringomyelitische Anästhesie ist häufig asymmetrisch, stets von vornherein segmental (im alten Sinne; diese Behauptung bedarf jetzt nach Laehrs Untersuchungen wohl der Korrektur), meist besteht vollkommene Dissociation, und die Anästhesie ist von den umgebenden und darunter liegenden Teilen durch eine scharfe Grenze getrennt. — Bei einigen sicher vorkommenden Abweichungen in wesentlichen Punkten kann die Differentialdiagnose grofse Schwierigkeiten bereiten.

XI. **Einiges über die Rolle der Melanoblasten bei der Syphilis**, von S. Ehrmann-Wien. Verfasser hatte in einem in der *Bibliotheca medica*, 1896, Heft 6, veröffentlichten Aufsatze den Nachweis geführt, dafs das melanotische Pigment (das Melanin der Autoren) von Zellen gebildet werde, die aus dem mittleren Keimblatte aus derselben Anlage wie die Bindegewebszellen hervorgehen, aber schon frühzeitig sich von den Zellen, die zu gewöhnlichen Bindegewebszellen werden, unterscheiden. Ferner hatte er gezeigt, dafs echte Pigmentzellen nur wieder Pigmentzellen durch Teilung produzieren, und dafs von den ersten Melanoblasten — so nannte Verfasser diese Zellen —, die an bestimmten Stellen des mittleren Keimblattes zuerst auftreten, alle späteren, von den Autoren als Chromatophoren oder Pigmentzellen bezeichneten Melanoblasten abstammen. Zu Studien über Melanoblasten eignen sich besonders die Syphilide. Verfasser teilt im folgenden seine Untersuchungen mit, die er an excidierten syphilitischen Produkten bei brünetten und hellfarbigen Individuen angestellt hat. Wir erfahren unter anderem, dafs die papulösen Syphilide nur an dunkelfarbigen Stellen melanotische Pigmentierung hinterlassen, dafs überhaupt die Entwickelung des melanotischen Pigments bei der Syphilis vom Vorhandensein der Melanoblasten abhängig sei; wo diese fehlen, kann wohl eine gelbliche Tingierung der Syphilide während ihres Bestehens stattfinden, es kann auch eine rostbraune Verfärbung mit Bildung von Hämosiderin infolge von Hämorrhagien entstehen, aber kein melanotisches Pigment, keine braune Pigmentierung. Was nun das Schicksal der Melanoblasten bei den syphilitischen Hautentfärbungen, so beim Leukoderma und beim Schwund von Papeln betrifft, so fand Verfasser bei kleinen unter linsengrofsen Leukodermastellen, namentlich wenn sie nicht zu lange nach dem Entstehen excidiert worden waren, immer im Corion die Melanoblasten vergröfsert und vermehrt gegenüber denen in der weiteren Umgebung; bei gröfseren und lange nach ihrem Entstehen excidierten Leukodermaflecken zeigte eine mittlere Zone gar keine oder nur sehr spärliche und kleine, eine folgende mehr randständige Zone dagegen vergröfserte und

vermehrte Melanoblasten. Ähnlich ist das Verhalten beim Schwund der Papel und des breiten Kondyloms, wenn dieselben auf ursprünglich pigmentierter Haut gesessen haben. Bei dem Sitz der Melanoblasten im Papillarkörper und in der Epidermis ist es verständlich, dafs nach makulös-papulösen Syphiliden entstehende Leukodermastellen sich mit der Zeit wieder pigmentieren, weil es hier nicht zur Gewebsdestruktion und Narbenbildung gekommen ist; dasselbe ist der Fall bei Leukoderma nach papulösen Formen, ja auch beim breiten Kondylom, wenn sie glatt ohne Granulombildung verheilen, aber nie bei jenen Kondylomen, bei denen es zur Bildung von Granulomen und echtem Narbengewebe kommt. Das letztere bleibt immer pigmentlos.

XII. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica nodularis (Purpura papulosa haemorrhagica Hebrae)**, von J. Fabry-Dortmund. Der Verfasser beschreibt einen in der Litteratur ungewöhnlichen, vielleicht einzig dastehenden Fall, der einen 13jährigen, früher stets gesunden Knaben betrifft. Vier Jahre zuvor bemerkten der Patient und dessen Eltern das Auftreten von kleinen Knötchen in der linken Kniekehlengegend. Im Laufe der Jahre wurden nach und nach Brust, Rücken, besonders die Kreuzbeingegend, Ober- und Unterextremitäten, Mundschleimhaut befallen, ohne dafs der Ausschlag irgend eine Tendenz zur Rückbildung zeigte. Derselbe ist charakterisiert durch zahlreiche, verschieden grofse, in Gruppen auftretende, dunkelblaue bis schwarze Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung solcher excidierter Efflorescenzen ergab fast in allen Schnitten und in allen Schichten der Epidermis das Vorhandensein von Hämorrhagie, wodurch die klinische Diagnose „Purpura haemorrhagica“ ihre volle Bestätigung fand. Der Verfasser beschreibt ganz ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung, die verschiedene Anzeichen für die Entstehung der Blutung per rhexin geliefert hat. Die Prognose ist eine schlechte. Der durch Blutungen aus der Nase, Mundhöhle schon geschwächte, mit einer Lungenspitzenaffektion behaftete Knabe dürfte über kurz oder lang an einer konkomitierenden Schleimhautblutung zu Grunde gehen.

XIII. **Beitrag zur Endoskopie der Strikturen der Harnröhre des Mannes**, von Karl Federer - Teplitz-Schönau. Verfasser beschreibt folgenden interessanten Fall von artifizieller Urethritis in Verbindung mit der stärksten Infiltrationsform der chronischen Blennorrhoe. Ein 60jähriger Handwerker infizierte sich vor 25 Jahren mit Blennorrhoe, gegen welche er jahrelang die verschiedensten Mittel ohne wesentlichen Erfolg gebraucht hatte, bis ihn ein Arzt lehrte, eine mit einer medikamentösen Flüssigkeit getränkte Hanfschnur in die Harnröhre einzuführen. Dieses Verfahren soll nach den Angaben des Patienten eine sichtlich gute Wirkung hervorgerufen haben. Die Hanfschnur wurde um ein Fischbein gewunden und dieses dann in die Harnröhre eingeführt. Beim Zurückziehen des Fischbeins liefs der Patient die mit Zink- oder Kupferlösung getränkte Schnur drinnen. Die wiederholt vorgenommene Procedur hatte zur Folge, dafs sich am Orificium externum urethrae eine „angefressene Stelle“ entwickelte, welche ihrerseits wiederum den Ausgangspunkt einer ganzen Reihe von eigenmächtigen und eigenartigen Eingriffen seitens des Patienten bildete. Die erkrankte Stelle wurde wochenlang mehrere Male täglich zuerst mit Lapis, dann mit Hühneraugentinktur betupft, ohne sichtlichen Heilerfolg. Der Patient kam schliefslich auf den Gedanken, der Sitz der Erkrankung könnte weiter hinten in der Harnröhre liegen und griff daraufhin wieder zur Hanfschnur, die er zuerst mit einer Mischung von Karbolsäure und Seife, später, weil immer noch „Unreinlichkeit“ herauskam, mit einer Mischung von Salmiak und Copaiva tränkte und mittelst des Fischbeins in die Harnröhre einführte. Als alles nicht half, „putzte“ der Patient seine Harnröhre mit einer vorn umgekrämpten Haarnadel täglich einmal aus. Bei einer solchen Gelegenheit kam es zu einer intensiven Blutung, welche von heftigem Fieber, ausgedehntem Ödem

des ganzen Genitale und von Abscefsbildung gefolgt war. Weitere Folgen waren, wie man voraussetzen konnte, Verengerungen in der Harnröhre. Der Verfasser beschreibt ausführlich den urethroskopischen Befund, bei welchem er die artifiziellen Veränderungen von den durch die Blennorrhoe hervorgerufenen möglichst auseinander zu halten sucht. Die Behandlung bestand in allmählichen Dilatationen, die bei der Indolenz des Patienten schmerzhaften Eingriffen gegenüber ohne Kokain vorgenommen wurden und einen nachhaltigen Erfolg hatten.

XIV. **Kasuistische Beiträge zur Bedeutung der Prostatitis blennorrhoica glandularis**, von E. Finger-Wien. Was die Diagnose betrifft, so betont der Verfasser nachdrücklichst, dafs die Rektaluntersuchung für das Ausschliefsen einer Prostatitis catarrhalis nicht ausreicht, dafs vielmehr die Miterkrankung der Prostata beim blennorrhoischen Prozesse nur auf Grund mikroskopischer Untersuchung des durch Expression der Prostata gewonnenen Sekretes festzustellen oder auszuschliefsen ist. So lange ein Prostatakatarrh, der zuweilen fast symptomenlos, ja völlig latent verlaufen kann, besteht, ist der Patient bei Einwirkung äufserer Schädlichkeit immer Recidiven ausgesetzt, die durch Übergreifen des Prozesses aus der Prostata auf die Urethra entstehen. Eigentümlich ist solchen Recidiven, dafs sie stets unter der Form von Urethritis posterior auftreten. Der Verfasser beschreibt hierfür einen prägnanten Fall. Das latente Verlaufen der Prostatakatarrhe sollte den Arzt bestimmen, einem Manne, der einmal an Urethritis posterior gelitten hatte, das Heiraten nicht eher zu gestatten, als bis die Untersuchung des Prostatasekretes normale Verhältnisse, Freisein von Eiterzellen und Gonokokken ergeben hätte. — Die Prostatitis catarrhalis kann ferner unter dem Einflusse äufserer Schädlichkeiten Ursache häufig recidivierender Epididymitiden, blutiger Pollutionen und Hämospermie werden. Einige Krankengeschichten illustrieren das Gesagte. — Die Behandlung besteht in einer Sondenkur mit Sonden thunlichst hohen Kalibers, der Anwendung des Psychrophors und vor allem in Massage der Prostata. Jeder Massage pflegt der Verfasser Instillationen von Lapis- und Kupferlösungen in die hintere Harnröhre folgen zu lassen. Zur Massage verwendet Verfasser ausschliefslich den von Feleki angegebenen Masseur (*Internat. Centralblatt.* 1895), der von Pezzoli zur besseren Handhabung etwas modifiziert worden ist.

XV. **Über die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus und Betrachtungen über die Massenerkrankungen in Reichenstein in Schlesien**, von L. Geyer-Breslau. Die Hautveränderungen, welche akute Arsenintoxikationen hervorrufen, repräsentieren sich zumeist als direkte Läsionen der Haut durch das Arsengift, als lokale Ätz- und Reizerscheinungen. Hierher gehören die mit geschwürigem und gangränösem Zerfall einhergehenden Berufsekzeme bei Arbeitern, welche mit Arsen und arsenhaltigem Material beschäftigt sind. Meistens treten sie an den Händen, von wo sie sich peripher ausbreiten können, und an anderen Körperstellen, wie Gesicht, Konjunktivalschleimhaut, Skrotalgegend auf, wo sie durch direkte Übertragung arsenhaltigen Materials resp. durch besondere Anhäufung der spontan sich ablagernden arsenhaltigen Staubmassen hervorgerufen werden. Nicht häufig und auch nicht über allen Zweifel erhaben sind die urticariaähnlichen erythematösen, pustulösen und ulcerösen oder mehr in konfluierender, hämorrhagischer Form auftretenden Efflorescenzen im Anschlufs an eine einmalige innerliche Arsenaufnahme in gröfserer Dosis. — Weit häufiger und deshalb von höherer Bedeutung sind die Melanosen und keratotischen Hautveränderungen als Folge des chronischen Arsenicismus. Der Ort Reichenstein in Schlesien, mit seinen 2300 Einwohnern im Glatzer Gebirge herrlich gelegen und wegen seiner Goldgewinnung längst bekannt, bietet in dieser Beziehung ein grofses wissenschaftliches Interesse. Die Golderze, die

hier gefunden werden, sind durchgehend arsenhaltig. In früheren Jahrhunderten ging das Arsen beim Hüttenbetrieb zumeist in die Luft über, kam dann mit den oberflächlichen Wässern, wohl auch mit dem Trinkwasser direkt in Verbindung und hat zu einer Krankheit Veranlassung gegeben, die gegenwärtig im Volksmund „die Reichensteiner Krankheit" heifst. Bei den Vorsichtsmafsregeln, die jetzt bei der Gold- wie Arsengewinnung in Anwendung kommen, ist die Krankheit nach den Angaben des Reichensteiner Arztes dem Aussterben nahe. Ungefähr 50—60 Fälle von Arsenmelanosis und Keratosis trifft man daselbst an. Die Krankheit, glaubt man, werde in einem bestimmten Viertel, das man den „grünen Plan" nennt, acquiriert, weil hier alle Quellen arsenhaltig sind. Die Benutzung derselben als Trinkwasser ist gegenwärtig verboten. — Der Verfasser beschreibt einige Fälle aus dem vorhandenen Krankenmaterial. Der chronische durch das Trinkwasser veranlafste Arsenicismus kennzeichnet sich im Beginn durch Verdauungsstörungen, Erbrechen, Übelsein, Dyspepsien. Später verschwinden, wenn der Körper sich an die fortgesetzte Einverleibung des Quantums gewöhnt hat, nach Wochen oder Monaten diese Erscheinungen, um allmählich ernsteren nervösen Symptomen, Neuralgien, Parästhesien, Zittern, Kopfschmerzen Platz zu machen. Um dieselbe Zeit setzen schleichend und von den Patienten kaum bemerkt die Melanosen und Hyperkeratosen ein. Die Art der Färbung ist verschieden, vom leicht bräunlichen Ton des Anfangsstadiums bis zur intensiven Schwarzbraun- und Schiefergraufärbung der Mulatten- und Indianerhautfarbe. Der Verfasser beschäftigt sich im folgenden sehr eingehend an der Hand der mikroskopischen Untersuchung mit der Frage der Entstehung der Melanosen, mit der Art des Pigments und dem Orte der Entwickelung desselben. Beim chronischen Arsenicismus geht unter dem Arseneinflufs stetig und langsam der Blutzerfall vor sich, die Blutkörperchen werden an Zahl geringer, ihr Absorptionsvermögen für Sauerstoff sinkt bis auf etwa die Hälfte herab. Das Arsen wird hauptsächlich in der Leber, in der Milz und im Knochenmark abgelagert. Im letzteren ist es an die phosphorsauren Kalksalze gebunden. Es läfst sich vermuten, dafs das Arsen als solches und unmittelbar wegen Affinität zu gewissen lebenserhaltenden chemischen Stoffen sowohl im Knochenmark wie im cirkulierenden Blut Blutfarbstoff aus den Blutkörperchen abscheiden und vielleicht die periphere Hautpigmentation durch diesen Blutfarbstoff hervorrufen kann. Die genaueren Vorgänge des Transportes und der Depositionsmethode bleiben darum immer noch dunkel. Schwieriger noch ist die Entstehung der Keratosen zu erklären. Es ist nicht unwahrscheinlich, dafs sie in einem Zusammenhange mit den durch den chronischen Arsenicismus hervorgerufenen Störungen der sensiblen und vasomotorischen Nervenapparate stehen. — Von Interesse ist die Beobachtung der Umwandlung der Arsenwarzen in Carcinome. Bei den konstanten Hautveränderungen, die der chronische Arsenicismus veranlafst, ist eine jahrelang fortgesetzte Arsenmedikation unter allen Umständen als ein Mifsbrauch anzusehen, namentlich, wenn wie bei der Psoriasis, beim Ekzem und der Lues die Arsenwirkung eine unsichere ist. — Die städtischen Behörden von Reichenstein haben beschlossen, an die Aufsuchung arsenhaltigen Wassers heranzugehen, um dasselbe therapeutisch verwertbar zu machen. Die Gebirgsformationen sind dieselben wie beim Roncegno- und Levicowasser und anderen ähnlichen Quellen. — Ein ausführliches Verzeichnis der einschlägigen Litteratur beschliefst die nach vielen Richtungen hin interessante und instruktive Arbeit.

XVI. **Ein Fall von Epidermolysis bullosa congenita,** von A. Grünfeld-Rostow. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur beschreibt Verfasser folgenden Fall. Ein 17jähriger junger Mann, der keine bestimmte Beschäftigung hat, leidet seit seinem zweiten Lebensjahre an Blaseneruptionen, die stets in der

warmen Jahreszeit seltener an den Händen, häufiger an den Füfsen auftreten. Die Blasenbildung beginnt gewöhnlich mit Eintritt des Frühlings und verschwindet gegen Ende des Herbstes oder mit Winters Anfang. Die Blasen treten stets ohne vorherige Quaddelbildung auf; der geringste Insult genügt gewöhnlich, um eine Blase hervorzurufen. Wenn Patient beispielsweise 1—2 Stunden lang einen Stock trägt, so entsteht bereits nach wenigen Stunden an der betreffenden Vola manus eine Blase. An den Füfsen genügt es, wenn Patient 1—2 Stunden herumgeht, um Blasen bis Faustgröfse zu bekommen. Der Blasenentwickelung geht gewöhnlich Jucken und Wärmegefühl an der betreffenden Stelle voraus. Ist die Blase prall gefüllt, so empfindet der Patient Schmerzen. Nachdem der Inhalt entleert, ist in 3—4 Tagen von der Blasendecke nichts mehr vorhanden, nur eine erst nach 1—2 Monaten verschwindende schwache Pigmentierung bleibt zurück. Der Patient leidet seit seiner Kindheit an Hyperidrosis der Hände und Füfse. Eine erbliche Belastung für die Affektion liegt nicht vor.

XVII. **„Pyodermite végétante", ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und zum Pemphigus vegetans,** von H. Hallopeau-Paris. Der Verfasser giebt zunächst eine Übersicht über die bisherigen seit seiner ersten Beschreibung im Jahre 1889 publizierten Beobachtungen der Affektion, teilt dann die genaue Krankengeschichte seines jüngsten hierher gehörigen Falles mit, schildert im allgemeinen das Symptomenbild der Krankheit und erörtert zum Schlusse die Art der Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und zum Pemphigus vegetans. — Nach den fünf vom Verfasser beschriebenen Fällen entwickelt sich die Krankheit nur bei Erwachsenen ohne bestimmte Ursache, bevorzugt die Geschlechtsorgane und ihre Umgebung, den Anus, die Achselhöhlen, Lippen, Mundschleimhaut, Nasenhöhlen, ohne jedoch andere Lokalisationen ganz auszuschliefsen. Die Primäreffloreszenz ist ganz regelmäfsig ein Eiterbläschen auf geröteter Basis. Die Eiterbläschen vermehren sich rapid, konfluieren zu Konglomeraten, die sich peripherisch ausbreiten, während die centrale Partie eintrocknet, sich mit Krusten bedeckt. Nach Abfallen der letzteren bleibt eine düsterrote, zottige, wuchernde Fläche zurück. Unterdessen entwickeln sich unaufhörlich immer neue Pusteln in der Umgebung und im Bereiche der schon veränderten Flächen. — Die Prognose der Affektion ist nach den bisherigen Erfahrungen des Verfassers verhältnismäfsig günstig. Die lokalen Antiseptica, besonders Bor- und Karbolsäure sowie Kampher-Naphtol können die Verbreitung der Herde verhindern und Rückbildung derselben bewirken. Die Ergebnisse seiner Arbeit hat Verfasser in folgenden Sätzen niedergelegt: 1. Die Pyodermite végétante, in Herden mit excentrischer Weiterentwickelung stellt einen streng differenzierten Krankheitstypus dar. 2. Sie kann sich primär bei einem prädisponierten Individuum, oder sekundär bei einer Dermatitis herpetiformis oder einem Pemphigus vegetans entwickeln. 3. Diese Entwickelung als Komplikation zeigt durchaus nicht eine Identität der Natur beider Krankheiten an. In der That unterscheidet sich die Pyodermite végétante von der Dermatitis herpetiformis durch folgende Eigenschaften: Sie entwickelt und verbreitet sich ausschliefslich durch Auto-Inokulation, während die Dermatitis herpetiformis sich in gleichzeitig sehr zahlreichen Herden und zwar schubweise unter dem Einflusse einer inneren, wahrscheinlich toxischen Ursache entwickelt. 4. Die Wucherungen im Gefolge dieser Blasen dürfen nicht mit jenen der Pyodermite verwechselt werden; sie unterscheiden sich wesentlich dadurch, dafs sie sich nicht vermehren und ganz spontan in einigen Wochen verschwinden. 5. Auch das häufige asymmetrische Auftreten der Herde unterscheidet die Pyodermite végétante von der Dermatitis herpetiformis. 6. Dieselben Charaktere unterscheiden sie auch von dem Pemphigus vegetans. Auch die relativ günstige Prognose unterscheidet sie von der verhängnisvollen

Schwere des Pemphigus. 7. Die Wucherungen können eine enorme Gröfse erreichen. 8. In vollem Gegensatze zu dem, was man bei der Dermatitis herpetiformis und dem Pemphigus vegetans sieht, können sich bei der Pyodermite végétante die Eiterungen auch auf das subcutane Bindegewebe ausbreiten und so gewaltige Phlegmonen erzeugen. 9. Die Krankheit hat keinen destruktiven Charakter, da die Herde verschwinden, ohne andere Spuren als sehr dunkle, langsam abblassende Flecke zu hinterlassen. Die durch die Krankheit eventuell entstandene Alopecie kann vollkommen heilen. 10. Im Gegensatze zu den wuchernden Herden der Dermatitis herpetiformis und des Pemphigus vegetans ist diese Krankheit einer lokalen Behandlung durch Antiseptica zugänglich; diese können auch ihre vollkommene Heilung herbeiführen. *C. Berliner-Aachen.*

(Fortsetzung folgt.)

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

Januar 1898.

Lymphadenitiden durch Infektion von der Harnröhre aus, von BLASI. Wie die Harnröhrenschleimhaut kraft ihrer eigenen anatomischen Beschaffenheit medikamentöse Stoffe resorbiert, so auch die verschiedenen septischen Produkte akuter und chronischer Entzündungen, die sich in den benachbarten Lymphdrüsen ablagern. Verfasser hat nun mehrere dergleichen sekundär entzündete Lymphdrüsen mikroskopisch und bakteriell untersucht und Transplantationen auf Tiere vorgenommen.

Hereditäre Syphilis mit Läsionen im Gehirne, von ROCCA. In der Beschreibung des mikroskopischen Befundes ist hier hauptsächlich auf die Veränderungen an den Gehirnarterien und den benachbarten Stellen der Hirnsubstanz Rücksicht genommen.

Über die VAN NIESSENschen Syphilisbacillen, von CAMPANA. Verfasser betrachtet die von VAN NIESSEN als spezifisch angegebenen Bacillen als rein zufälligen Befund. Er stützt sich dabei auf den Umstand, dafs die Parasiten vollständig in frischen jugendlichen syphilitischen Granulomen fehlen, in denen es noch nicht zur Ulceration gekommen ist. Die VAN NIESSENschen Parasiten hat C. allerdings auch konstatiert, jedoch ausschliefslich an ulcerierten oder nekrotischen Stellen, was sie als einfache Saprophyten oder banale septische Mikroorganismen erscheinen läfst.

C. Müller-Genf.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über medikamentöse Behandlung der Krankheiten der oberen Harnwege, von MARTIN MENDELSOHN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 3 u. *Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 82.) Von internen Heilmitteln kommt den Adstringentien bei Krankheiten der Harnwege keine grofse Bedeutung zu, da sie zu verdünnt hingelangen und bei dem langen Gebrauche, der nötig wäre für einen Heileffekt, nicht vertragen werden. Dagegen leistet eine andere Gruppe von Heilmitteln mehr bei entzündlichen Zuständen, die Verfasser als „Infektion der Harnwege“ und „Infektion des Harns“

kennt. Hierher gehören die Balsame, vor allem das Ol. Santali und das Balsamum Copaivae, und bei Infektion des Harns das Salol und Urotropin; letzteres ist von hervorragender Wirksamkeit. — Bei Steinkranken sind die Medikamente von Bedeutung, welche die Diurese anregen, vor allem das Lithium citricum, und welche die Aciditat abstumpfen, wie Citronensaft, Natrium carbonicum, Kalkwasser, Magnesia borocitrica.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Affektionen des Genitalapparats als Symptome von Nierenkonkrementen, von R. Abrahams. (*New York med. Journ.* 11. Sept. 1897.) Verfasser berichtet über folgende interessante und lehrreiche Fälle: 1. Ein 22jähriger, sonst gesunder Mann, erkrankte plötzlich während der Arbeit mit Schmerzen im rechten Hoden, Ohnmachtsanwandlungen, Erbrechen sowie leichter Temperatursteigerung (37,8°) und Anschwellung des betroffenen Organs. Trotz Leugnens wurde die Diagnose auf blennorrhoische Orchitis gestellt, aber nach viertägigem Krankenlager traten plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend auf, und es entleerten sich Blut, Gries und Stücke eines Konkrements mit dem Urin, worauf Patient sich zwei Tage später vollständig wohl befand. 2. Ein 26jähriger ehemaliger Blennorrhoiker erkrankte in ähnlicher Weise. Bei diesem traten erst am vierzehnten Krankheitstage Lendenschmerzen hinzu unter Verschlimmerung der Hodenschmerzen. Zur Linderung wurde etwas Chloroform gereicht, und es entleerte sich nebst ziegelrotem Urin ein kleiner Stein. Heilung. 3. Eine 33jährige verheiratete Frau erkrankte mit Symptomen einer akuten Oophoritis. Als nach achttägiger Behandlung sich Gries und die Reste eines Steines entleerten, verschwanden auch die Vergrößerung und Empfindlichkeit des Ovariums 4. Bei einer anderen 32jährigen Frau lautet der Bericht ganz ähnlich. 5. Ein zweijähriges Kind hatte wiederholt Attacken von Orchitis mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Organes durchgemacht. Als Verfasser bei Gelegenheit einer 24stündigen Urinverhaltung gerufen wurde, fand er einen kleinen Stein in der Urethra, nach dessen Entfernung kein weiterer Anfall (jetzt zwei Jahre) eingetreten ist. — In therapeutischer Beziehung scheint bei diesen Fällen das Natrium salicylicum am meisten genützt zu haben.

Philippi-Remscheid.

Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus, von F. Alexander. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1897. No. 38.) Bei einer Bruchoperation eines 16jährigen Mädchens wird ein Hoden in der Leiste gefunden; der gleiche Befund war bei der gleichen Operation drei Jahre früher an der andern Seite erhoben worden. Die genauere Untersuchung ergiebt, dafs es sich eigentlich um ein männliches Individuum mit rudimentärem Penis handelt, trotzdem die äufseren Genitalien weibliche Formen zeigten. An Stelle der Vagina fand sich ein 3 cm langer, blind endender Kanal. Uterus und Ovarien fehlten. Die Hoden waren sehr klein uud zeigten keine Spur von Spermatozoen. Es liegt ein Pseudohermaphroditismus externus masculinus vor. — Drei ähnliche Fälle aus der Litteratur werden citiert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik der Tuberkulose der Genitalorgane im Kindesalter, von Urbanowitsch. (*Medis. Rundschau.* 1897. No. 6.) In einem Falle von Miliartuberkulose fand Urbanowitsch bei der Sektion die Tuben mit Käsemassen gefüllt; das den Uterus und die Tuben bedeckende Bauchfell war mit Tuberkeln durchsetzt.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Eine neue Operationsmethode der Hypospadie der Eichel, von Carl Beck-New York. (*New York med. Journ.* 29. Januar 1898 u. *New Yorker med. Monatsschr.* 1897. No. 11.) Verfasser schlägt eine von ihm bisher in zwei Fällen angewendete Methode der Operativbehandlung der Hypospadie, soweit sie eine balanäre ist, vor.

Der Hauptvorteil derselben ist, dafs die Bildung einer neuen Harnröhre sich erübrigt und infolgedessen die Anwendung eines Dauerkatheters. Transversaler Schnitt durch die Unterfläche der Glans in der Höhe der bisherigen Urethralöffnung. Zurückziehen des hinteren Randes und Freilegung des Harnröhrenkanals, ohne sie zu verletzen. Längsincision durch die Unterseite der Eichel, Vorziehen der Urethra und Fixierung ihres Endes durch Nähte am vorderen Ende des Längsschnittes (Lappenbildung). Vereinigung der Bedeckungen. — Der Urin kommt hierbei, ohne Anwendung einer Dauerkanüle, nicht in Kontakt mit wunder Schleimhaut. *Eugen Hopf-Dresden.*

Neue Behandlung der Hypospadie, von H. Josserand. (*Presse méd.* 1897, No. 99.) In einem Falle von Hypospadie hatte Verfasser erfolglos die Methode von Duplay angewendet. Nach einem mifsglückten Versuche gelang ihm hierauf folgende: er schnitt aus der vorderen Fläche des Oberschenkels einen aus Epidermis und Cutis bestehenden Hautlappen, rollte ihn auf eine Sonde und fügte ihn in einen auf der unteren Penisfläche angelegten Kanal ein. Vier Wochen nach der Operation funktionierte die Harnröhre ganz gut; es bestanden zwar noch zwei kleine Fisteln, die sich aber leicht beseitigen liefsen. *C. Müller-Genf.*

Perforierender Schanker des Präputiums, von Coignet und Cade. (*Lyon. méd.* 1897. No. 36.) Die Verfasser teilen zwei Fälle von Schanker des Präputiums (ein harter und ein weicher) mit, welche ohne Hinzutreten einer sekundären Infektion und durch bloíse Ausdehnung des primären Geschwürs nach der Tiefe zur vollständigen Hernie der Glans durch die abnorme Präputialöffnung führten.
C. Müller-Genf.

Fremdkörper am Penis, von Jüngst. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 39.) Ein junger Mann von 26 Jahren behauptete, eine Schraubenmutter sei ihm gewaltsam über den Penis gestreift worden. Bei der Untersuchung fand Jüngst wirklich einen in den drei vorderen Vierteln blaurot verfärbten, priapistisch erigierten Penis, an dessen hinterem Teil, ca. 3 cm von der Peniswurzel entfernt, eine eiserne Schraubenmutter festgehalten safs, welche sich weder vor noch rückwärts schieben liefs. Da Harnverhaltung seit sechs Stunden bestand und Gangrän zu befürchten war, blieb nichts weiter übrig, als durch Feilen den Schnürring zu entfernen. Dazu wurde ein Schmied requiriert; nach zweistündiger Arbeit, wobei das Objekt in einen Schraubstock fixiert wurde, gelang die Durchfeilung und dann die Entfernung der Schraubenmutter. Sofort konnte der Patient Urin lassen. — Die sechskantige Schraubenmutter hatte einen Durchmesser von über 5 cm, Randstärke 1 cm, ein Lumen von fast 2,5 cm. Die Höhe betrug 1,7 cm, das Gewicht 190 g.
Neuhaus-München.

Fremdkörper des Penis, von Chaillous. (Nach *Annales des mal. des org. génit.-urin.* 1896. No. 7.) Ein 64jähriger Mann hatte sich einen kupfernen Cylinder von 5 cm Länge, 3 cm Dicke in die Harnröhre geführt. Um diesen Cylinder wegzubringen, mufste man ihn an zwei Stellen zersägen. Bei der Operation wollte man nicht überflüssig verletzen, schützte deshalb durch Einlegen eines dünnen Kartons zwischen Glied und Cylinder. *Neuhaus-München.*

Carcinoma penis von J. Hutchinson jun. und E. Frazer. (*Brit. med. Journ.* 6. März 1897.) Die Autoren demonstrieren in der Londoner pathologischen Gesellschaft (Sitzung vom 2. März 1897) eine Serie von Präparaten von Carcinoma penis. In der fungösen Form beginnt oft die Krankheit in der Furche hinter der Glans, und Urethra sowohl wie Corpora cavernosa bleiben nicht selten intakt, ein Umstand

von eminent praktischer Wichtigkeit, da dann eine partielle Amputatio penis im Gegensatz zu der von THIERSCH-GOULD vorgeschlagenen kompletten Entfernung des Penis, eine ausreichende, von Erfolg gekrönte Operation sei.

C. Berliner-Aachen.

Über die Injektionen in die Harnröhre, von VAJDA. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 23–28.) Die allgemein als sicherstehend anerkannte Behauptung, dafs Injektionen in die Pars anterior nicht in die Pars posterior gelangen, prüfte Verfasser durch ausgedehnte Versuche. Er injizierte Methylenblaulösung und stellte dann mit dem Endoskop fest, bis wohin diese gelangt war. Das Resultat weicht sehr von den herrschenden Anschauungen ab. Verfasser konstatierte, dafs die auf gewöhnliche Art eingespritzte Flüssigkeit mit wenigen Ausnahmefällen in den häutigen und prostatischen Teil der Harnröhre gelangt; wenn in diesen Flüssigkeiten corpuskuläre Elemente vorhanden sind, kann man auch diese in den hinteren Harnröhrenabschnitten nachweisen. Der Tonus der glatten und quergestreiften Muskeln der Pars membranacea und prostatica bildet ein ohne Gefahr zu überwindendes Hindernis. Der sogenannte Tenesmus, der erhöhte Tonus, ist das bedeutendste Hindernis. Für die Überwindung desselben ist die Erhöhung der Temperatur der Injektionsflüssigkeit von Wichtigkeit. Die Spritze soll geringen Reibungswiderstand und dadurch gleichmäfsigen Gang haben, langsam und gleichmäfsig entleert werden. Mehr als eines 2 m hohen Druckes bedarf man nie, um in die Pars prostatica zu gelangen. Es genügt hierzu ein Quantum von 12 ccm Flüssigkeit. Das Eintreten eines Harnzwanges zeigt das Eindringen in die Pars prostatica an, demselben geht ein unterdrückbarer Miktionsreiz voraus, der die Expansion der Pars membranacea andeutet. Der Harnzwang ist das deutlichste Terminalzeichen für die Injektion. — Betreffs der Einzelheiten sei auf die sehr ausführliche Originalarbeit verwiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Injektionen in die Harnröhre, von HUGO FELEKI. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 32.) In der kürzlich erschienenen Arbeit von VAJDA wurde behauptet, dafs die in die vordere Harnröhre injizierte Flüssigkeit wohl in die Pars posterior zu dringen vermag, und dafs die Versuche, auf Grund derer FELEKI das Entgegengesetzte behauptete, nicht beweiskräftig sind. FELEKI tritt diesen Behauptungen VAJDAS entgegen. Seine Versuche hätten die für die Praxis wichtige Frage in zweifelloser Weise entschieden und das sei auch von allen Fachgenossen anerkannt. Warum die Experimente von VAJDA andere Resultate gegeben hätten, das will er nach Wiederholung derselben später darlegen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Injektionen in die Harnröhre. Erwiderung auf die Bemerkungen von Dr. H. FELEKI, von VAJDA. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 34.) Nochmals sucht Verfasser die Unzulänglichkeit der von FELEKI für seine Ansicht angeführten Beweismomente darzuthun. Die Verwendung von Zuckerlösung ist ungeeignet, da diese reizt, der Nachweis des Zuckers nicht in einwandsfreier Weise geführt. Bei einem bestimmten Druck und einem gewissen Quantum dringt die in die Pars anterior injizierte Flüssigkeil in die Pars posterior. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einige Hindernisse beim Katheterismus der Harnröhre des Mannes, von ARTHUR KOLLMANN. (Sonderabdruck aus „*Chirurgische Beiträge*", Festschrift für BERNO SCHMIDT". Leipzig 1896. Eduard Besold.) DITTEL kennt fünf Arten von Hindernissen: die Symphyse, die Lamina mediae fasciae perinei, den Sinus bulbi, den Sinus prostaticus, das Trigonum Lieutaudii. Am beachtenswertesten ist der Sinus bulbi. Hier finden sich spastische Strikturen, die aber nicht so häufig sind als die

durch grofse Weite und grofsen Faltenreichtum gegebenen Hemmnisse, zumal wenn die Entfernung zwischen dem Grunde des Sinus bulbi und dem Eingang in den Isthmus besonders grofs ist. — Die übrigen Teile der Pars anterior sind von geringerer Bedeutung. Ins Gewicht fallen nur die Tasche an der vorderen Wand der Fossa navicularis etwa 12—15 mm vom Orificium externum entfernt und die kleinen Schleimhautsäumchen am Rande der Morgagnischen Krypten der Pars cavernosa. Erstere war in einem Falle von Dittel 12 mm tief. Daneben kommen noch Vertiefungen der Schleimhaut bei manchen Blennorrhoen vor, Ausführungsgänge der acinösen Schleimhautdrüsen. Sonst kommen Taschen nur in Ausnahmefällen als kongenitale Mifsbildungen vor. Grünfeld hat so einen Fall beschrieben, Verfasser reiht daran einen weiteren. In rudimentärer Form mögen sie häufiger sein. Diese nach vorn mündenden Taschen behindern die Miktion nicht, wohl aber können sie den Katheterismus behindern. Zu ihrer Feststellung dient das Endoskop, zumal wenn man dasselbe von der Glans zum Bulbus führt, wozu der vorn „gekröpfte" Tubus des Verfassers zu empfehlen ist. — Es kommen aber auch nach hinten mündende Falten, Taschen, Gruben und Divertikel vor, die die Miktion stören, aber nicht den Katheterismus, soweit man nicht zu starke Instrumente benutzt, die den vor der Falte gelegenen Teil des Harnrohrs so spannen, dafs der freie Rand der Falte künstlich aufgerichtet wird. — Eine andere Art von Falten endlich kehrt den freien Rand weder nach aufsen noch nach innen, sondern zieht quer über das Lumen hinweg, Miktion wie Katheterismus hindernd. *Jessner Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Katheterfieber, Tod in 20 Stunden, Autopsie, aus dem Kent und Canterbury Hospital [unter Whitehead Reid]. (*Lancet*, 13. November 1897.) 47jähriger Mann wurde ins Spital wegen hochgradiger Striktur, welche bereits zehn Jahre bestanden, aufgenommen; mit verschiedenen Arten feiner elastischer und Silberkatheter wurde der vergebliche Versuch gemacht, in die Blase zu gelangen. Es trat keine Hämorrhagie auf, aber nach 2 Stunden Schüttelfrost und Erbrechen, nach 2¾ Stunden war die Temperatur 40° C., wiederholtes Erbrechen und unwillkürlicher Abgang von Kot und Urin, nach 4 Stunden Temperatur über 41,5°, Bewufstlosigkeit, Puls beinahe unfühlbar; auf äufsere und innere Stimulantien (Strychnin und Äther) trat vorübergehende Besserung unter Abfall der Temperatur auf 38° ein, dieselbe stieg aber bald wieder und nach 20 Stunden erfolgte das letale Ende. Die erst 30 Stunden nach dem Tode vorgenommene Sektion zeigte eine lange Striktur der Pars membranacea, Dilatation und Hypertrophie der hinteren Teile der Harnröhre und der Harnblase, von seiten der übrigen Organe nichts Abnormes. In der Mehrzahl der Fälle ist wohl das Katheterfieber auf septische Infektion (Aufnahme von Mikroorganismen von der Urethra aus), in seltenen Fällen auf einen Reflexreiz von Seite einer akuten oder chronischen Nephritis zurückzuführen. *Stern-München.*

Harnröhrendehnungen an der Leiche, von A. Kollmann. (Naturforscherversammlung 1897.) Mittelst Metallsonden und aufschraubbaren Dilatatoren hat Verfasser über die Dehnbarkeit der Urethra Versuche angestellt. Meist konnte bis 40—45 Charr. gestiegen werden. Risse bildeten sich nur an deutlich kranken, narbig veränderten Stellen; nur am Orcificium externum kommen auch in der Norm Dehnungsrisse leicht zu stande. Die Risse beginnen gewöhnlich erst einige Centimeter hinter dem Orificium externum; die Bulbusgegend bleibt meist intakt, die Pars membranacea reifst leicht ein, die Pars prostatica seltener. Die Risse verlaufen immer in der Längsrichtung der Harnröhre. — Verfasser verwirft jede brüske Dehnung, da die narbigen Strikturen nicht einreifsen, sondern das normale, umliegende Gewebe.

Die Oberländersche allmähliche Dehnung ist durchaus gerechtfertigt. — Dafs die Ergebnisse der Leichenversuche sich nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse beim Lebenden übertragen lassen, dessen ist sich Verfasser vollständig bewufst.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neuere Photogramme des Innern der männlichen Harnröhre, aufgenommen am lebenden Menschen zeigte A. Kollmann auf der Naturforscherversammlung 1897. Sie betreffen normale Urethra, Psoriasis mucosae urethralis (Oberländer), Urethralstriktur, Papillome am Bulbus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über paradigmatische Untersuchung der normalen und strikturierten Harnröhre nebst Einzelheiten in der Behandlung der „dehnbaren" Striktur, nach den von Prof. Guyon geübten Methoden, von A. A. Warden. (*Glasgow med. Journ.* Sept. 1897.) Dieser kleine Aufsatz mit dem langen Titel giebt im wesentlichen einige Hauptpunkte, welche W. aus den klinischen Vorlesungen des berühmten Meisters mit dessen Genehmigung geschöpft und hier veröffentlicht hat. Der sehr anzuerkennende Wert der Arbeit liegt also der Hauptsache nach darin, dafs diese praktisch nicht minder wie theoretisch höchst wichtigen Lehren einem gröfseren Kreise zugängig gemacht werden. Die einzelnen Abteilungen sind überschrieben: Untersuchung der normalen Harnröhre, Untersuchung bei Striktur, Wirkung der Einführung von Instrumenten, Die Prinzipien der Erweiterung der Harnröhre, Die nötigen Instrumente, Schlufs unter Bericht über fünf selbstbeobachtete lehrreiche Fälle. Es ist zwar nicht möglich, alles Bemerkenswerte an nützlichen Winken wiederzugeben, doch mögen aufs Geratewohl einzelne herausgegriffen werden: Bei akuter Urinverhaltung ist das filiforme Bougie das nützlichste Instrument. Zur diagnostischen Untersuchung der normalen und verengten Urethra gebraucht man am zweckmäfsigsten ein Bougie mit Olive und zwar je gröfser desto besser. Strikturen entstehen nur nach Blennorrhoe, Trauma oder Schanker, das Vorkommen einer kongenitalen oder einer masturbatorischen Striktur ist bisher noch nicht mit Zuverlässigkeit beobachtet worden. Falsche Wege sieht man an den Präparaten im Necker-Hospital ausschliefslich auf der unteren Fläche der Harnröhre. Die Dilatation der Strikturen durch Einlegen von Bougies beruht nicht auf mechanischer Erweiterung, sondern auf der Reizung der Schleimhaut durch Berührung mit dem Fremdkörper etc.

Philippi-Remscheid.

Über die Lokalisation der organischen Strikturen der Harnröhre, von L. Midwedew. (*Med. Rundsch.* 1897. No. 5.) Die Strictura urethrae propr. s. dicta ist eine chronische Affektion; dieselbe besteht darin, dafs die Harnröhrenwände ihre Elastizität eingebüfst haben, so dafs bei der Kontraktion des Detrusor die Wände nicht zu einem breiten Kanal ausgedehnt werden können. Dieser Elastizitätsverlust ist durch die Erkrankung des spongiösen Gewebes (Spongitis), das allmählich in Narbengewebe umgewandelt wird, bedingt. Bei jungen Leuten, bei denen dieses junge Narbengewebe Neigung zu Hyperplasie zeigt, ist die Striktur eine hypertrophische (diffus oder knotenförmig), oder ringförmig; bei älteren Leuten spricht man von einer atrophischen oder marantischen Striktur. Die Lokalisation der organischen Strikturen hängt somit von dem Vorhandensein und der Beschaffenheit des spongiösen Gewebes ab: in der unteren Wand des Bulbus ist das spongiöse Gewebe sehr locker, blutreich, infolgedessen mehr geneigt zu chronischen Entzündungsprozessen, zumal man wegen der schweren Zugänglichkeit der Stelle nicht viel therapeutisch vorgehen kann; daher finden hier die Strikturen am häufigsten. Es ist eben derjenige Teil der Spongiosa urethrae, der dem oberen Blatt des Ligamentum triangulare fest anliegt und das

vordere Drittel der Pars membranacea bedeckt. Die zweite Stelle ist der Angulus penoscrotalis, die dritte dicht hinter der Fossa navicularis.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Elastische Striktur der Urethra und deren Behandlung, von C. W. Mac Gillivay. (*Lancet.* 17. Juli 1897.) Von der Überlegung ausgehend, dafs man einen elastischen Gummiring in straff gespanntem Zustande sehr leicht, in kontrahiertem Zustande nur mit gröfster Mühe einschneiden kann, hat McG. ein Urethrotom konstruiert, bei welchem in einer unteren Rinne ein federnder Draht liegt, den man in Bogenform (vermittelst eines Regulierapparates am proximalen Ende) hervortreten läfst, um beim Einschneiden der Striktur dieselbe gut gespannt zu halten. Zum Schneiden dient ein kachiertes Messer in einer oberen Rinne des Instruments. Nach der Durchschneidung werden Bougies No. XVIII—XX engl. eingeführt und zweckmäfsig auch ein Verweilkatheter auf 3—4 Tage eingelegt. Bei 20 Fällen hat Verfasser mit seinem Instrument stets gute Resultate erzielt. Einige Verbesserungen desselben, die er selbst angiebt, werden den Wert desselben noch erhöhen. *Philippi-Remscheid.*

Die Strikturen der Harnröhre und ihre Behandlung, von H. Wossidlo. (*Med. Bibliothek f. prakt. Ärzte.* 112—115.) Die vorliegende Darstellung der Lehre von den Harnröhrenstrikturen, für den Praktiker bestimmt, zeichnet sich dadurch aus, dafs sie vom Standpunkte des Endoskopikers abgefafst ist; bekanntlich vertritt ja Verfasser eifrig die Oberländersche Richtung. Daraus ergeben sich auch die Anschauungen, die in dem Büchlein niedergelegt sind, die hohen Anforderungen, die an die Beseitigung einer Striktur gestellt werden, der weite Spielraum, der den Dilatationsmethoden mittelst Oberländerscher und Kollmannscher Dilatatoren eingeräumt wird. Im übrigen aber findet das Thema eine sehr sorgsame Besprechung, die auch andere Anschauungen berücksichtigt. — Dafs unter Harnröhrenstrikturen nur die organischen verstanden werden, im Gegensatz zu den funktionellen, spastischen Verengerungen, ist durchaus zu billigen. Die Ätiologie, Anatomie und Symptomatologie werden klar besprochen, ebenso die Diagnose und Prognose. Den bei weitem gröfsten Raum nimmt die Therapie ein, die in einer für den Zweck der Arbeit durchaus genügenden Weise abgehandelt wird. Die Anwendung der Elektrolyse hätte vielleicht etwas mehr Raum verdient, ihr scheint doch noch eine grofse Zukunft bevorzustehen. — Zahlreiche Abbildungen der Instrumente erhöhen den Wert dieser Bearbeitung, die jedem Arzt gute Dienste leisten wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Resultate der elektrolytischen Behandlung der Harnröhrenstrikturen im Vergleiche mit anderen Methoden, von Robert Newman. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1897. No. 8.) Seit 30 Jahren verwendet Verfasser die Elektrolyse zur Behandlung von Harnröhrenstrikturen, zu denen er übrigens die spastischen nicht gezählt wissen will. Er benutzt den galvanischen Strom, den negativen Pol, schwache Ströme bis zu 5 M.A., sodafs eine Ätzung oder Zerstörung des gesunden Gewebes ausgeschlossen ist. — Verfasser bedient sich verschiedener Elektroden: mit eiförmigem, mit eichelförmigem Ende, mit Hohlrinne und eiförmigem Kopf, endlich aus Katheter und Hohlrinnenelektrode kombinierter. Für die Benutzung schwacher Ströme, die Applikation in längeren Intervallen, die Anwendung von Batterien von geeigneter Stromesstärke, mit kleinen Zellen, keinen Flächen der Elemente, schwach-säuerlicher Flüssigkeit, für die Gestaltung der Elektroden in Bezug auf gute Isolierung, bestimmte Krümmung, Starre etc. beansprucht Verfasser für sich die Priorität. — Tausende Strikturen hat Verfasser mit Elektrolyse behandelt. Behandlungsdauer 2—3 Monate mit durchschnittlich sechs Sitzungen in ein- bis zweiwöchentlichen Intervallen. Die

meisten Strikturen saſsen fünf Zoll vom Orificium externum urethrae entfernt. — Die Vorteile der Methode sind: 1. Die Elektrolyse kann in allen Teilen der Harnröhre angewendet werden. 2. Sie bewirkt mit Sicherheit Erweiterung der Strikturen und gestattet die Passage von Instrumenten durch solche Verengerungen, welche für den geschicktesten Operateur unpassierbar waren. 3. Die Operation verursacht weder Schmerzen, noch irgend welche Unbequemlichkeiten. 4. Es ist nicht die geringste Gefahr damit verbunden. 5. Bei geschickter Ausführung hat die Operation keine unangenehmen Folgen, wie Blutungen, Fieber etc. 6. Die Patienten fühlen augenblicklich Besserung. 7. Der Patient braucht nicht das Bett zu hüten, kann seinem Berufe nachgehen. 8. Ist er einmal kuriert, so ist er vor Recidiven sicher. — Verfasser bemüht sich die Nachteile bei anderen Behandlungsmethoden auseinanderzusetzen und die gegen den Wert der Elektrolyse erhobenen Einwände zu widerlegen. — In der Diskussion, die sich in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft zu New York über dieses Thema entwickelte, wendet Klotz sich gegen die Beweiskraft der Newmanschen Ausführungen. Die Elektrolyse ist eigentlich auch nur ein Schnitt mit ätzender Wirkung. — J. P. Baudorfer ist auch kein Anhänger der Elektrolyse für die Behandlung der Strikturen. Wenn sie hilft, kann es sich nur um eine kaustische Wirkung handeln. — Newman betont, daſs eine Statistik von 1755 mittelst Elektrolyse behandelten Patienten von drei bekannten Ärzten geprüft worden ist, welche die thatsächliche Wirksamkeit derselben bestätigt haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine sechszöllige Damenhutnadel in der Harnröhre eines Mannes, von P. D. Bunce. (*New York med. Journ.* 21. Aug. 1897.) Ein 45jähriger Mann kam in der angedeuteten Verfassung zur Aufnahme. Die Spitze der Nadel befand sich in einer Entfernung von zwei Zoll vom Meatus entfernt, der Knopf im unteren Ende der Harnröhre. Nach einigen vergeblichen Extraktionsversuchen mit Pincette etc. wurde unter Kokain der Penis gegen die fixierte Nadel gepreſst, bis die Spitze und der Schaft derselben durch die Haut hervortraten. Nun konnte die Nadel gewendet und, der Knopf voran, entfernt werden. Tadellose Heilung. *Philippi-Remscheid.*

Über das primäre Carcinom der Urethra, von Hottinger-Zürich. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1897. No. 17, 18.) Verfasser giebt einen kurzen Überblick der in der Litteratur mitgeteilten Fälle, wie sie besonders von Wassermann (Dissert. Paris 1895) gesammelt worden sind. Danach ist die Affektion ziemlich selten, bei Frauen etwas häufiger als bei Männern (20 Männer und 24 Frauen). Er teilt sodann zwei ausführliche Krankheitsgeschichten eigener Beobachtung mit (1 Mann, 1 Frau). Er unterscheidet zwei Kategorien von primären Harnröhrencarcinomen: solche, die auf bereits pathologisch verändertem Boden entstehen (Strikturen), und solche, die sich ohne vorangehende Störung entwickeln, wie dies bei den Frauen meist geschieht. In pathologisch-anatomischer Beziehung handelt es sich durchweg um Plattenepithelcarcinome. Verfasser betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose in Bezug auf die Therapie. *C. Müller-Genf.*

Einen Fall von 11 Tage anhaltender Anurie bei einem Steinkranken demonstrierte Réczey in der Gesellschaft der Spitalsärzte. (Sitzung vom 25. Nov. 1896.) Der 45jährige Patient leidet seit 10 Jahren an Steinkrankheit, indem er wiederholt hanfkorn- bis erbsengroſse Steine entleerte, hie und da auch an Nierenkolik litt. Am 13. November l. Js. trat plötzlich Anurie auf, ohne daſs sich Koliken einstellten, und nachdem er 4 Tage hindurch keinen Urin entleerte, suchte er die Klinik auf. Bei Untersuchung des Patienten, der äuſserst kräftig gebaut und dessen Allgemeinbefinden gut ist, konnte durch die dicken Bauchdecken keine nennenswerte Volums-

zunahme sowohl in der Blasengegend als auch in den Nierengegenden getastet werden, welche die Harnretention erklärt hätte, blofs in der linken Nierengegend war eine stärkere Dämpfung vorhanden. Schmerzen bestehen nirgends, weder auf Druck noch spontan. Dieser Zustand dauerte 10 Tage, ohne dafs das Allgemeinbefinden des Patienten eine wesentliche Störung erlitten hätte. Die Behandlung war eine exspektative, es wurden Diuretica gereicht, täglich warme Bäder und Pilokarpineinspritzungen. Am Abend des elften Tages trat plötzlich starker Harndrang auf und damit entleerte Patient einen 9 mm langen bohnengrofsen Stein und 3 Stück hanfkorngrofse Steinchen ohne jedwede Unannehmlichkeit. In derselben Nacht entleerte Patient 7000 ccm Urin. Dieser Fall bietet insofern Interesse, indem diese langanhaltende Anurie dem Kranken gar keine Unannehmlichkeiten verursachte, andererseits die Verstopfung der Ureteren nicht immer mit Koliken einhergehen mufs, es kann sogar eine doppelseitige Ureterenverstopfung vorhanden sein, ohne dafs welche typische Symptome auftreten müfsten. *Alpár (A. Aschner)-Budapest.*

Über einen Fall von alkoholischer Anurie, von Dumont. (*Presse méd. belge.* 1897. No. 50.) Ein junger Alkoholiker, welcher einige Wochen vorher eine Pneumonie mit Delirium tremens durchgemacht hatte, wurde plötzlich nach alkoholischen Excessen von einer beinahe vollständigen Anurie befallen, die mehrere Tage andauerte. Gleichzeitig trat Eiweifs im äufserst spärlichen Harne auf. Da alle äufserlichen und innerlichen Mittel nichts halfen, injizierte Verfasser mittelst einer Spritze dem Patienten an drei Stellen in der gleichen Sitzung ein Liter physiologischer Kochsalzlösung und verordnete Milchdiät. Bereits eine halbe Stunde nach der Injektion stellte sich eine reichliche Harn- und Stuhlentleerung ein, welche den Übergang zur definitiven Heilung bildete; die Albuminurie verschwand ebenfalls. *C. Müller-Genf.*

Über Dysurie und ihre Therapie, von Martin Mendelsohn. (*Therap. Monatshefte.* Januar 1898.) Dysurie umfafst alle Zustände abnormer Austreibung des Harnes aus der Blase, indem dieselbe mechanisch schwierig wird, die Zahl der Harnentleerungen abnorm gesteigert ist oder die Harnentleerung von quälenden, subjektiven Empfindungen begleitet ist. Es ist die Dysurie nur ein Symptom einer grofsen Zahl verschiedener Erkrankungen der Harnwege. — Die mechanischen Ursachen der Dysurie können beruhen auf zu schwacher Propulsionskraft der Blase oder Hindernissen in der Harnröhre; zu letzteren zählen in erster Reihe Strikturen und Prostatahypertrophie. Verfasser erörtert diese verschiedenen Hemmnisse der Miktion. Hervorgehoben sei hier der Ausspruch: Die Dysurie bei Striktur liegt in der Harnröhre, bei Prostatahypertrophie in der Blase. — Die vermehrte Häufigkeit im Auftreten des Harnbedürfnisses (Pollakiurie) ist verwandt mit dem Unvermögen, den eintretenden Harndrang einige Zeit zu beherrschen. Hier handelt es sich um Störungen, die in das Bereich der sensiblen Sphäre fallen, um Hyperästhesie der nervösen Elemente, eine gesteigerte Reflexerregbarkeit. Eine Ausnahme bildet nun die sogenannte Schrumpfblase, die verminderte Kapazität der Blase. Die Therapie hat bei diesen Formen der Dysurie den nervösen Zustand in Angriff zu nehmen, daneben die Flüssigkeitszufuhr zu regeln. Zuweilen ist die allmähliche Dehnung der Blase durch Einführung gesteigerter Mengen Wassers von Nutzen, wobei jedes Forcieren zu vermeiden ist. — Es können aber auch anatomische Ursachen abnorme Reize für diese Form der Dysurie bilden, so beginnende Prostatahypertrophie, Blasensteine, Geschwülste, wenn die beiden letzteren nahe dem Blasenhals liegen. — Auch Mastdarmaffektionen, eine Pyelitis calculosa, centrale Nervenleiden können die Reflexerregbarkeit steigern. Hier ist natürlich nur eine kausale Therapie von Wert. — Die dritte Gruppe von Dysurie bilden abnorme Schmerzempfindungen beim Harnlassen. Sie sind bedingt durch selbständige Neu-

rosen, durch schmerzhafte Reizung infolge von Veränderungen in der Schleimhaut oder einlagernder Fremdkörper, oder durch Krampfzustände im muskulösen Apparat. Ob es thatsächlich reine Neurosen der Harnblase giebt, ist zweifelhaft. Die Art der Schmerzen ist bedingt durch die topographische Anordnung der im Einzelfalle schmerzhaften Partien und ihre Inanspruchnahme bei den einzelnen Phasen der Harnentleerung. Es können aber die Schmerzen vom Locus affectus auf andere Teile ausstrahlen. Die Therapie der dysurischen Schmerzen muſs, abgesehen von der Inangriffnahme ursächlicher Momente, lokale und allgemeine Maſsnahmen treffen. Ruhe, Bettwärme, Kataplasmen, warme Darmspülungen, warme Bäder, Sorge für Stuhlentleerung, Darreichung kleiner Mengen schleimiger Getränke, warmer Milch, Mandelmilch kommen in Frage. Die Narcotica, Morphium, Belladonna, Kokain giebt man am besten als Suppositorien. Lokale Eingriffe sind in der Zeit akuter dysurischer Beschwerden nur mit Vorsicht vorzunehmen; der Psychrophor kann versucht werden; Kokainbougies sind oft von Vorteil, ebenso Blutentziehungen am Damm. In schweren Fällen kann aber auch der Katheterismus, die Boutonnière, selbst die Sectio alta notwendig werden. Zuweilen leistet bei Reflexkrampf des Sphinkter das Einführen dicker Metallkatheter gute Dienste. — Diese kurze Inhaltsangabe soll nur zur Lektüre der sehr eingehenden Ausführungen im Original anregen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Ätiologie der Incontinentia urinae, von Georg Berg. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 2.) Da beim Weibe die Blase einen wirklichen Sphinkter hat, die Harnröhre ein ganz von ihr getrennter Kanal ist, so wird hier alles, was die Funktion des Blasensphinkter hindert, Incontinentia alvi bedingen. Eine 37jährige Frau, vor 15 Jahren infiziert — Primäraffekt in der Gegend der Urethralmündung —, litt seit 1 Jahr an Inkontinenz. Die Inspektion ergiebt eine starke Zerstörung und Schrumpfung der Labien, eine trichterförmige Urethralmündung, infiltrierte und stellenweise fast sklerotische Wandungen der Urethra. Endoskopisch fand man eine Rigidität besonders am inneren Orificium, fast völlig verstrichene Falten, Fehlen aller Drüsenausführungsgänge; am Orificium internum keine geschlossene Centralfigur, sondern einen unregelmäſsig verzogenen Spalt. Das Cystoskop ergab am Orificium internum auch Veränderungen, welche auf Zerstörungen hindeuten. Verfasser nimmt an, daſs hier tertiär-luetische Prozesse zu einer Alteration des Blasensphinkter und dadurch zur Inkontinenz geführt haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Incontinentia urinae in der Kindheit, von Rochet und Jourdanet. (Nach *Annales des mal. des org. gén.-urin.* 1897. No. 5.) Die Verfasser teilen die Harninkontinenz der Kinder in zwei Kategorien ein. 1. in die symptomatische, 2. in die essentielle Form. Bei der ersteren bildet die Inkontinenz nur ein einzelnes Zeichen im Verlaufe einer Krankheit der Harnwege oder auch eines anderen Leidens, welches die ganze Scene beherrscht, die Wichtigkeit der Inkontinenz tritt weniger hervor. Geht man auf die in Betracht kommenden Krankheiten etwas näher ein, so lassen sich folgende Gruppen aufstellen, bei denen allen die Inkontinenz nur als Symptom erscheint. a) Inkontinenz herrührend von ganz typischen nervösen Leiden oder von wohl charakterisierten cerebro-spinalen Erkrankungen (Epilepsie, Myelitis transversa, Ataxie locomotrice infantile, Inkontinenz im Gefolge von Spina bifida, Malum Pottii etc.). — b) Inkontinenz, die zurückzuführen ist auf Erkrankungen der Blase selbst (Steine, Geschwülste, Ectopia vesicae). — c) Inkontinenz infolge von Mifsbildungen der Harnröhre oder des Penis oder von gewissen urethralen Geschwülsten beim weiblichen Geschlecht. — d) Infolge von Änderungen der Beschaffenheit des Urins selbst (gewisse Albuminurien, erhöhte saure Reaktion), endlich e) infolge von krankhaften Reizen der Nachbarschaft (Oxyuren, Polypen im Mastdarm).

Diese können nach der Blase hin irritierend wirken und ihre Reizbarkeit steigern. — Unter essentieller Inkontinenz versteht man diejenige, bei welcher eben dieser krankhafte Zustand als selbständiges Leiden imponiert und eine sonstige Krankheit als Ursache direkt nicht in den Vordergrund tritt. Aber das Wort essentiell ist nicht gut gewählt, denn forscht man genauer nach, so findet man als Grundursache stets einen krankhaften nervösen Zustand gegeben, ein Symptom desselben stellt die Inkontinenz dar, wenn sie auch essentiell genannt wird. Freilich sind verschiedene Neuropathien im Spiel, z. B. Hysterie, ein anderes Mal Neurasthenie. Auch das Wort Incontinentia ist unzutreffend; denn wenn es auch Fälle giebt, bei denen der Harn mehr oder weniger kontinuierlich abfliefst, so giebt es doch auch andere, in denen nur in Zwischenräumen, allerdings häufigen, Harn abgegeben, also uriniert wird, während sonst kein Harn durch die Röhre fliefst (Pollakiurie). Forscht man bei den kleinen Patienten mit sog. essentieller Incontinentia urinae genauer nach, so findet man sie in Bezug auf ihr Nervensystem gewöhnlich schon erblich belastet, und weiters sind sie fast alle selbst Neuropathen, welche körperlich und geistig nicht intakt sind. Dieser nervöse Einfluſs arbeitet nun in sehr verschiedener Weise, um die Inkontinenz herbeizuführen. In einer ersten Art von Fällen wirkt er durch die zu leichte und zu häufige Kontraktion des Blasenmuskels, der durch eine Überempfindlichkeit in der Schleimhaut der hinteren Harnröhre, sowie durch Uringedanken in steter Erregung gehalten wird. Diese Patienten urinieren tagsüber sehr häufig (Pollakiuriker), bei Nacht leiden sie an Inkontinenz, da sie in der Erschlaffung des Schlafes nicht mehr so Herr über sich sind als tagsüber. In einer zweiten Art von Fällen äufsert sich der nervöse Einfluſs durch den Krampf, die Verschluſsthätigkeit des Sphincter urethralis. Ist der Krampf nicht zu ausgeprägt, so entleert sich die Blase wohl etwas schmerzhaft und unvollständig, aber eine völlige Harnverhaltung tritt nicht ein. Am Tage giebt es dann Pollakiurie, bei Nacht kann es zur Incontinentia kommen. Ist aber der Spasmus ausgesprochener, so stellt sich wirkliche Harnverhaltung ein. Die Blase dehnt sich dann immer mehr aus, das Urinieren erfolgt hierbei nur mehr durch Überlaufen, und zwar Tags sowohl als zur Nachtzeit. — Endlich soll es nach Guyon noch Fälle geben, in denen die Incontinentia urinae bloſs durch Atonie des Sphincter urethralis verursacht würde; diese Art wäre theoretisch leicht erklärbar, aber andere Beobachter geben die Existenz dieser Form nicht zu. Aber auch bei dieser wäre stets auf etwaiges Vorhandensein von nervösen Affektionen zu fahnden. — In diagnostischer Hinsicht ist besonders die Incontinentia urinae mit Überlaufen einer besonders sorgfältigen Untersuchung wert. Und hier wird der Katheterismus eine volle, ja dilatierte Blase auffinden lassen, während zugleich der urethrale Spasmus entdeckt wird. — Bezüglich des Geschlechtes läfst sich ein wesentlicher Unterschied im Vorkommen der Incontinentia nocturna nicht feststellen, obwohl doch der Spincter vesicalis beim Weibe schwächer entwickelt ist als beim männlichen Geschlechte. — In der Behandlung der essentiellen Incontinentia urinae infantilis wollen die Verfasser sowohl den allgemeinen Zustand, die Nervosität berücksichtigt wissen, als auch eventuell örtlich eingreifen. Liegt eine abnorme Erregbarkeit der Blase vor, eine Neurose in der Blasenmuskulatur, so sei die schon von Trousseau empfohlene Belladonna von Wirksamkeit (in Dosen von 1—15 cg des Extraktes), eventuell könnten auch andere Beruhigungsmittel nützlich sein. — Bei Hyperästhesie der Blasen- und Blasenhalsschleimhaut sind die sonst üblichen allgemeinen Beruhigungsmittel weniger von Wirkung. Hier gaben Kokaineinträuflungen in den Blasenhals öfters Erfolg, selbst der einfache Katheterismus könne von Wert sein. — Guyon wendet in den Fällen, in welchen er Atonie des Spinkter voraussetzt, den Induktionsstrom an; die Verfasser geben über diese Methode

gar kein Urteil ab. — Die psychische Einwirkung unterschätzen sie nicht. Für Strafen und Bedrohung der kleinen Patienten treten sie nicht ein. Suggestion erscheint ihnen gefährlich für die so schon gewöhnlich nervösen Patienten. — Grofsen Wert legen sie mit Recht auf den regelmäfsigen Katheterismus bei Harnverhaltung spastischen Ursprungs, der Nutzen ist ja klar. Zum Schlusse wird derjenigen Incontinentia noch gedacht, welche nicht spastischen, sondern eventuell paretischen oder paralytischen Ursprungs sei, nachdem die Blasenmuskulatur atonisch geworden. Hierfür empfehlen die Verfasser die Elektrisation des Corpus vesicae, verbunden mit regelmäfsigen Entleerungen durch den Katheter. Etliche reizende Injektionen könnten folgen, um die Kontraktilität der Blasenmuskulatur zu verstärken.

Neuhaus-München.

Zur Physiologie der Harnblase, von Hermann Schlesinger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 42.) Zwei Fälle sind für die Physiologie der Harnblase von Interesse: 1. Eine 61jährige Frau zeigt: Lähmung des Detrusor und des Sphincter vesicae, Ischurie, Anästhesie der Blasenschleimhaut, Verlust des Gefühls für den Füllungszustand der Blase, die leicht ausdrückbar ist. Dazu treten: Incontinentia alvi durch Parese des Sphincter ani, Anästhesie der Perineal- und Genitalgegend. Die Obduktion ergab: Quetschung des vierten Sakralsegments des Rückenmarks durch ein Carcinom der Wirbelsäule. Es mufs also in diesem Sakralsegment das Blasencentrum liegen. 2. Ein Patient mit Neoplasma und Thrombose der Vena cava inferior litt an Erschwerung des Harnlassens, Sphinkterenkrampf, Detrusorparese, verlangsamte Reflexthätigkeit der Blase. Die Sektion ergab eine halbseitige Zerstörung des dritten und vierten Sakralsegments durch einen Neoplasmaknoten im Rückenmark, die andere Hälfte war normal. Daraus folgt, dafs die Blase ein paariges Reflexcentrum an der lädierten Stelle haben mufs und eine Rückenmarkshälfte den Ablauf der Reflexaktion übernehmen kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über die Lymphgefäfse der Harnblase, Berichtigung von D. Gebota. (*Anat. Anzeig.* 1897. No. 21 u. 22.) In Abänderung einer früheren Angabe berichtet der Verfasser, dafs der Schleimhaut der Blase eigene Lymphgefäfse nicht zukommen. Dasselbe gilt von Trigonum, in dem auch nur die Muscularis Lymphgefäfse enthält. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Bahnen der motorischen Innervation der Blase und des Rectum, von G. Kapsammer und J. Pal. Die Experimente der Verfasser ergeben, dafs bei Hunden Reizung des unteren, am fünften Lendensegment vom Brustmarke abgetrennten Rückenmarksabschnittes eine sofortige energische Kontraktion der Blase hervorruft, welcher alsbald eine rasche Verkürzung des Colon descendens und Rectum folgt. Werden vor der Reizung die Vorderwurzeln von der vorletzten Lenden- bis zur letzten Coccygealwurzel durchtrennt, so bleiben Blase und Mastdarm unbeweglich. Durchtrennung der hinteren Wurzeln hat keinen Einfluſs auf den Effekt der Reizung. Es verlaufen also die motorischen Innervationsbahnen für Blase und Mastdarm beim Hunde in den vorderen Wurzeln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Blasenverschluſs und über die Trichterbildung in der hinteren Harnröhre, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 21 u. 22.) Verfasser bemüht sich in dem schon seit Jahren unter den Urologen bestehenden Streite, ob Flüssigkeit aus der hinteren Harnröhre in die Blase regurgitieren könne, auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen und klinischen Beobachtungen Klarheit zu bringen. Er machte seine Versuche bei kurarisierten und morphinisierten Hunden, denen er in die Harnröhre bis zum Caput gallinaginis einen Katheter vorschob, von

dessen Richtigkeit er sich nach abgeschlossenem Versuche durch die Sektion überzeugte. Er reizte nun die Nervi erigentes und den Nervus hypogastricus und fand nun, dafs die N. erigentes die motorischen Nerven des Detrusor sind und in welchen hemmende Fasern für den Sphinkter verlaufen; währenddem der N. hypogastricus der motorische Nerv für den Schliefsmuskel ist, in demselben verlaufen zugleich hemmende Fasern für den Detrusor, der motorische Effekt für die ganze Blase ist ein stets sehr geringer und fällt zuweilen aus. Speziell dieses letzte Ergebnis ist für die die Urologen interessierende Frage des Blasenschlusses von gröfster Wichtigkeit. Aus diesem geht nämlich hervor, dafs das geringe glatte Muskelbündel, welches sich oberhalb des Caput gallinaginis bei seinen Experimenten befand, ausreichend ist, um eine unter beträchtlichem Drucke ausfliefsende Wassermenge am Ausfliefsen zu hindern. Seine verschiedenen Versuche sprechen alle dafür, dafs die glatte Muskulatur des Sphincter vesicae internus vollkommen im stande ist, die Blase gegen die Harnröhre fest und sicher abzuschliefsen. Verfasser giebt nur dann ein Regurgitieren von Eiter aus der hinteren Harnröhre in die Blase zu, wenn der Sphincter vesicae internus gelähmt ist. Dafür spricht sowohl das Experiment, als auch die klinischen Erfahrungen. — Die von ihm angestellten endoskopischen Untersuchungen bei Blasen verschiedenen Füllungsgrades, die verschiedenen Katheterisierungsverhältnisse, die Durchschnittspräparate an gefrorenen Leichen und die verschiedenen Messungen von Langer sprechen alle gegen die von Finger und Posner angenommene Trichterbildung, welche das Regurgitieren von Eiter aus der Harnröhre in die Blase, sowie den zeitweiligen Wechsel zwischen klarem und trübem Harn erklären sollte. Diese Thatsache hat insofern eine praktische Wichtigkeit, indem bei bestehender Blennorrhoe die Trübung der zweiten Hälfte des Harnes eine Cystitis acuta anzunehmen berechtigt und das therapeutische Verhalten nun danach eingerichtet werden mufs.

Alpár (A. Aschner)-Budapest.

Kasuistisches zur Cystoskopie, von Barlow. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 40.) Um den Nutzen und die Grenzen der Cystoskopie darzulegen, bringt der Verfasser drei lehrreiche Krankengeschichten, die wir kurz referieren. 1. Fall. 18jähriger Monteur, zeigt verschiedene Steinsymptome; jedoch ergiebt die Steinsonde ein negatives Resultat. Die Cystoskopie aber weist das Vorhandensein eines kleinen, maulbeerförmigen Steines von etwas über Haselnufsgröfse nach, der frei beweglich war. Die Sectio alta bestätigt die Richtigkeit des cystoskopischen Befundes. — 2. Fall. 50jährige Frau. Leidet an sicherer Tuberkulose der linken Niere. Bezüglich der rechten Niere ergiebt die Palpation wechselnde Resultate, doch scheint sie auch erkrankt. Die Cystoskopie ergiebt intensive Entzündung in der Umgegend der linken Ureterenmündung; aus derselben dringt in kurzen Zwischenräumen dicker Eiter. Dagegen erscheint die Umgegend der rechten Ureterenmündung entzündungsfrei, aus dem Ureter kommt klare Flüssigkeit. Auf Grund dieser Befunde wurde die linke Niere freigelegt, die Abscesse in derselben geöffnet. Wegen des Verdachtes auf Erkrankung der rechten Niere wurde von einer Exstirpation Abstand genommen; bei der Klarheit des aus dem rechten Ureter kommenden Urins ist aber wohl denkbar, dafs die rechte Niere gesund sei. Die Patientin erholte sich wesentlich, wurde mit klarem Urin entlassen. — 3. Fall. 34jährige Dame. Leidet seit zwei Jahren zeitweise an Hämaturie, über deren Sitz kein sicherer Anhaltspunkt gewonnen werden konnte. Die Cystoskopie entdeckt als Ursache an der rechten hinteren Blasenwand ein wälschnufsgrofses Papillom mit langen Exkrescenzen. Operative Entfernung. Heilung.

Neuhaus-München.

Beitrag zur Chirurgie der Blase, von F. M. Caird. (*Scottish med. and surg. Journ.* Dec. 1897.) Bei inoperablen Neoplasmen der Blase mit starken Blutungen

empfiehlt Verfasser statt der früher üblichen perinealen die suprapubische Drainage als mit geringerer Gefahr verbunden. Die Hämorrhagien pflegen danach nicht wiederzukehren, die Leiden des Kranken sehr vermindert zu werden. Verfasser bespricht dann die verschiedenen in den letzten Jahren gemachten Fortschritte in der Blasenchirurgie. *J. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Blasenruptur, von Percival. (*Brit. med. Journ.* 22. Mai 1897.) Der 35jährige, kräftig gebaute Mann erhielt in einer Schänke einen heftigen Stofs in den Unterleib. In der Nacht darauf erkrankte er mit heftigen Schmerzen in derselben Gegend und mit Retentio urinae und intensivem Harndrang. Vermittelst eines weichen Katheters wurde etwas blutige Flüssigkeit entleert. In die Blase wurde vorsichtig warme Borsäurelösung eingegossen. Die darauf abgelassene Quantität war jedoch weit geringer als die injizierte, woraus eine Blasenruptur diagnostiziert wurde. Mit allen antiseptischen Kautelen wurde das Abdomen eröffnet, der Rifs aufgesucht, vernäht. Der Patient befand sich drei Tage relativ wohl. Am vierten stellten sich schwere peritonitische Erscheinungen ein, unter denen der Exitus letalis eintrat. *C. Berliner Aachen.*

Spontane Ruptur der Blase beim Weibe, von E. O. Croft. (*Brit. med. Journ.* 13. Februar 1897.) Die 38jährige Frau litt seit fünf Jahren an Hämorrhoiden. Dieselben wurden am 5. Dezember operiert. Die Heilung schritt acht Tage lang in normaler Weise vorwärts, als die Patientin mit intensiven Leibschmerzen erkrankte. Die Urinmenge war stark vermindert, das Abdomen angeschwollen. Am 17. Dezember starb die Frau. Die Nekropsie ergab eine grofse Menge Urin im Bauch. Weder Peritonitis, noch Adhäsionen, noch Tuberkulose oder ein Abscefs im Becken war vorhanden. An der oberen hinteren Fläche der Blase fand sich ein ovales, dem Aussehen nach altes Geschwür, das eine $^1/_2$ Zoll im Durchmesser grofse Perforation zeigte. *C. Berliner-Aachen.*

Perforation der Blase durch eine Revolverkugel, von Robbe. (*La Policlinique.* 1897. No. 24.) Eine Dienstmagd hatte von einem Individuum einen Revolverschufs in das linke Hypogastrium erhalten. Die Verletzung wurde aber erst am folgenden Tage von der Patientin bemerkt, da sich inzwischen Harnretention eingestellt hatte. Bei der Operation wurde konstatiert, dafs die Kugel, ohne das Peritoneum zu perforieren, auf der linken Seite in die wahrscheinlich teilweise gefüllte Blase eingetreten und auf der rechten wieder ausgetreten war. Naht, Heilung. *C. Müller-Genf.*

Partielle Resektion der krebsigen Blase, von Weliaminoff. (Nach *Annales des mal. des org. gén.-urin.* 1897. Nr. 8.) Der von Weliaminoff bekannt gegebene Fall beansprucht ein ziemliches Interesse, weil die Resektion eine bedeutende war, auf transperitonealem Wege erfolgte und auch zur Heilung gelangte. Es handelte sich um eine 49jährige Frau, die sich über Schmerzen in Blasen-, Mastdarm- und Lendengegend beklagte, trüben Urin und Hämaturie aufwies; diese Symptome liefsen sich bis auf 18 Monate zurück verfolgen. Schon die Untersuchung von der Scheide aus wies als wahrscheinliche Ursache das Bestehen einer harten, apfelgrofsen Geschwulst in der Blase nach. Drei Wochen örtlicher Behandlung und Ruhe besserten das Allgemeinbefinden, sodafs man in der Narkose eine ganz genaue Abtastung der Blase mit dem Finger vornehmen konnte. Es liefs sich konstatieren, dafs der Tumor am Scheitel und an der vorderen Wand der Blase safs, 3—4 cm dick, 10 cm lang war; in seinem Centrum entdeckte man ein tiefes kraterförmiges Geschwür, leicht blutend, kallös umrandet. Nach diesem Befunde nahm also die Geschwulst nur einen

Teil der Blase ein, das Trigonum, die Einmündung der Harnleiter und der Hals waren frei. Man beschloſs daher die Neubildung ganz zu entfernen und bei etwaiger Schwierigkeit in der Ausfüllung des Abgetrennten den Blasenstumpf mit den Lippen der Bauchwunde zu vereinigen. Hierauf wurde der hohe Blasenschnitt ausgeführt. Da der Tumor eng mit dem Bauchfell zusammenhing, war man gezwungen, dasselbe einzuschneiden. Die Blase und die Geschwulst wurden nach Möglichkeit vom benachbarten Zellgewebe abgelöst, die vordere Partie nach auſsen gezogen, der ganze kranke Teil und noch etwa bis 1 cm weit vom gesunden reseziert, der anscheinend gesunde Abschnitt der Blase mit der Bauchwunde vernäht. Es ergab sich so ein Anblick ähnlich dem bei Ectopia vesicae. Die Operation dauerte zwei Stunden. Der Wundverlauf war glatt, sechs Wochen nach dem Eingriff war die Wunde um den Blasenstumpf vernarbt. Die subjektiven Erscheinungen waren verschwunden, die Kranke nahm an Gewicht zu. Einen Monat später versuchte Weliaminoff die Blasenöffnung, durch welche sich der Harn nach auſsen ergoſs, zu schlieſsen, aber es gelang nicht. Die ausgeschnittene Partie der Blase nahm zwei Drittel des Organs ein, die histologische Untersuchung zeigte, daſs es sich um K r e b s handelte.

Neuhaus-München.

Über die Behandlung der Cystitis mit ammoniakalischer Harngärung durch Urotropin (Hexamethylentetramin), von Arthur Nicolaier. (*Derm. ärztl. Praktiker.* 1897. No. 12.) Urotropin, eine Verbindung des Formaldehyd mit Ammoniak, ist eine schwache Base, bildet weiſse Krystalle, löst sich leicht in Wasser, schwerer in Alkohol. Die wässerige Lösung schmeckt angenehm süſslich, bildet mit Bromwasser einen orangegelben Niederschlag, eine Bromverbindung des Urotropin. Diese Reaktion giebt auch der Harn nach Urotropingebrauch schon nach ¼ Stunde. Maximaldosis für den Tag 1,5. Gröſsere Mengen bewirken Blasenbeschwerden. Verfasser hat früher schon Urotropin als harnsäurelösendes Mittel empfohlen. Es leistet aber auch gute Dienste bei ammoniakalischer Harngärung. Es wird anfangs dreimal, später nur zweimal täglich 0,5 in ¼ l kohlensaurem Wasser gegeben. Alkalische Beschaffenheit und Eiterung nehmen schnell ab. Man muſs aber längere Zeit mit der Darreichung fortfahren, sonst ist die Besserung nur eine vorübergehende. Der entleerte Urin wird bald alkalisch bei Zimmertemperatur, nicht bei Brüttemperatur. Das Urotropin wirkte noch, wo Natrium salicylicum versagt hatte. — Urotropin salicyl. ca. 50%Salicylsäure enthaltend, in Dosen bis zu 3,0 pro die dürfte auch bei manchen Leiden des Versuches wert sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neue Behandlung der tuberkulösen Cystitis durch Einführung von sterilisierter Luft in die Blase, von Ramond. (Nach *Annales des mal. des org. génurin.* 1897. No. 8.) Von dem Gedanken ausgehend, daſs manchmal ganz banale Eingriffe, z. B. die einfache Laparotomie bei Bauchfell-Tuberkulose Heilung brächten, hat der Verfasser versucht, die reine (sterilisierte) Luft zur Behandlung der tuberkulösen Cystitis herbeizuziehen. Drei Fälle wurden so behandelt, alle mit Nutzen. Im ersten erreichte er durch zwei Injektionen von sterilisierter Luft eine Minderung der Schmerzen, sowie eine Herabsetzung der Harnfrequenz von 24 auf 7. Auch im zweiten Falle, der einen schon in der Phthise weit vorgeschrittenen Mann von 58 Jahren betraf, wurde durch eine Injektion eine fast völlige Beruhigung betreffs der Schmerzen und in der Zahl der Harnakte erreicht. Im dritten Falle, bei einer 55jährigen Frau mit einer Kaverne in der rechten Lungenspitze, mit Tuberkelbacillen im Harn, wurde eine b l e i b e n d e Besserung erzielt; schon nach der dritten Injektion von sterilisierter Luft zeigte sich deren günstiger Einfluſs: Schmerzen schwanden, Appetit und Schlaf kehrten wieder, die Harnfrequenz sank von 24 auf 7. Die Technik

ist sehr einfach. Man verwendet weiche, sterilisierte Katheter, eine Hydrocelenspritze mit 100 ccm Inhalt, bringt an der Ausmündung der Spritze einen Wattepfropf an, durch den die Luft filtriert wird. Zunächst wird katheterisiert, der Harn fließt ab, darauf folgt sanftes Injizieren von 100 ccm Luft, hierauf läßt man einen Teil wieder austreten, dann aber wird rasch 250—300 ccm Luft eingetrieben. Diese hält man mittelst Klemmpincette am Katheter fünf Minuten lang in der Blase, sodann entfernt man schnell den Katheter, bald wird auch die Luft durch den Drang wieder herausbefördert. Die Sache ist schmerzlos, alle 2—3 Tage wiederholt man die Prozedur. — Der Verfasser wünscht, daß das Verfahren noch häufiger geübt werde und daß man es bei Cystitis tuberculosa vor jeder anderen Behandlung versuche. Vielleicht wirkt die injizierte Luft wie bei der Peritonitis tuberculosa, es ist aber auch möglich, daß die durch die Luft bewirkte Dilatation der Blase und des Sphinkters ein Hülfsfaktor sein könnte. *Neuhaus-München.*

Über Ausspülungen der Harnblase; ihre Anwendung in der Praxis, ihren Mißbrauch und ihre Kontraindikationen, von J. Asmuth. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 47.) Aus den Ausführungen seien zunächst die vom Verfasser für Blasenausspülungen aufgestellten Kontraindikationen hervorgehoben: Erstens Cystitis tuberculosa und jede Form von Cystitis dolorosa, sowie die katarrhalische Cystitis. Sodann verbieten Komplikationen seitens der Nieren und des Nierenbeckens die Spülungen, da sie dabei gewöhnlich exacerbieren. Bedingungsweise sind Spülungen gestattet bei eitriger Cystitis ohne große Intoleranz und auch hier nie im Initialstadium. Unbedingt nötig sind sie bei regelmäßigem Katheterismus wegen Retentio urinae, selbst wenn die Nieren angegriffen sind. Aber auch hier muß man bedenken, daß auch die insufficiente Blase, wenn sie regelmäßig entleert wird, mit den Bakterien zuweilen noch fertig wird. — Im ganzen sind die der Spülbehandlung der Blase gesteckten Grenzen nach Verfassers Anschauungen sehr enge.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Blasenhernie, aus dem Hull royal infirmary unter H. Thompson. (*Lancet.* 22. Januar 1898.) 48jähriger Mann wurde wegen schon lang bestehender doppelseitiger Hernie ins Spital aufgenommen: die rechtsseitige war eine Schenkel-, die linksseitige eine Leistenhernie und inkarceriert, wobei wegen des starken Harndranges der Verdacht geschöpft wurde, daß den Inhalt der Hernie zum Teil die Harnblase bilde. Trotzdem wurde dieselbe bei der nun vorgenommenen Radikaloperation verletzt, so daß eine ziemlich schwierige Blasennaht noch nötig wurde und die Heilung sehr lange Zeit brauchte (Operation 19. Oktober, am 26. November kam der ganze Urin aus der Harnröhre und am 9. Dezember war bei Entlassung des Patienten ein kleiner Teil der Wunde noch ungeheilt). Die Litteratur lehrt, daß beinahe allen Chirurgen und darunter den bedeutendsten in solchen Fällen die Blasenverletzung unterläuft, da eine sichere Diagnose der Blasenhernie, welche sich auf Beschwerden beim Urinieren, vorübergehende Harnverhaltung, Blasentenesmus, Veränderung der Geschwulst während des Urinierens stützt, nur selten möglich ist. In dreierlei Weise können die Blasenhernien zu stande kommen, indem entweder der extraperitoneale Teil der Harnblase vorfällt, was der häufigste Weg (zwei Drittel der Fälle) ist oder der intraperitoneale ($^1/_{12}$ der Fälle) oder beide Teile zusammen ($^1/_4$ der Fälle). Bei verletzter Blase giebt von den drei Operationsarten: Offenlassen der Wunde, Ligatur oder Sutur, letztere, welche auch am häufigsten angewandt ward, den besten Erfolg.

Stern-München.

Ein Fall von Distoma haematobium Billharzii der Blasenwand, von A. Meinecke. (*Mttlgn. a. d. Hamb. Staatskrankenanst.* Bd. I, Heft 2.) Bei einem

an Sarkom gestorbenen Neger fand man in der Blase am Trigonum Lieutaudii zwei breitbasig aufsitzende, etwa linsengroſse Tumoren. Diese haben ein siebartiges Aussehen und enthalten im oberen Teil maschige Hohlräume, die mit mehrfach geschichtetem schlanken Cylinderepithel ausgekleidet sind. Diese Räume sind hervorgegangen aus sich aneinanderlegenden groſsen papillären Erhebungen der Blasenschleimhaut. Die untere Hälfte des Tumors besteht aus sehr gefäſsreichem, dicht von Rundzellen durchsetztem Bindegewebe. In dem Tumor, sowohl in den Hohlräumen wie in dem Gewebe, liegen zahlreiche Eier des Distoma haematobium. Die Parasiten, Männchen und Weibchen, selbst liegen in den stark erweiterten Venen zwischen Submucosa und Muscularis in zwei oder mehreren Exemplaren. — Es sind als Folgen der Ansiedlung des Distoma haematobium Billharzii in der Blasenwand beobachtet Steinbildung, Ulceration mit Bildung von Perineal- oder Recto-Vaginalfisteln.

Jesmer-Königsberg i. Pr.

Fremdkörper in der Blase, von E. V. Phipps. (*Brit. med. Journ.* 17. Juli 1897.) Ein Artillerist hatte, um seinem Harnstrahl „freie Bahn" zu schaffen, die Schnur eines Schnürstiefels in die Urethra eingeführt. Sie war ihm jedoch entschlüpft und in die Blase gelangt. Die Blasenbeschwerden veranlaſsten den Patienten den Verfasser zu konsultieren. Letzterer holte nach Vornahme der medianen Lithotomie mittelst einer Zange die ca. 14 Zoll lange, zusammengerollte und mit Phosphatniederschlägen bedeckte Schnur heraus. Die Wunde heilte gut ab.

C. Berliner-Aachen.

Fremdkörper der Blase. Loumeau entfernte bei einer 25jährigen Hysterica, die sich wegen heftiger Prurigo vulvae eine 7 cm lange Haarnadel in die Blase eingeführt hatte, dieselbe in folgender Weise. Nachdem die Lage der Nadel mittelst Leiterschen Cystoskops festgesetzt worden und verschiedene Versuche, den Fremdkörper mit allerlei Instrumenten zu extrahieren, erfolglos geblieben waren, machte L. in die Urethro-Vaginalwand einen circa 1 cm langen Einschnitt, durch welchen er den Finger einführte, die in die Blasenwand eingesteckte Nadel freimachte und ans Tageslicht förderte. Die sehr intensiven cystitischen Erscheinungen lieſsen bald nach, doch erreichte die Blase ihre volle physiologische Funktion nicht wieder, indem ein gewisser Grad von Inkontinenz zurückblieb, da die künstliche Wunde in der Urethra nicht vernarbte. Verfasser giebt zu, daſs die Dilatation der Urethra eventuell mit einfacher oder multiplen Incisionen des Meatus dem Einschnitt in die Harnröhren-Scheidenwand vorzuziehen gewesen wäre. (*Annales de la policl. de Bordeaux.* 1897. No. 39.)

C. Müller-Genf.

Über Blasensteine, von R. Parker. (*Brit. med. Journ.* 20. März 1897.) Der Verfasser berichtet über zehn Patienten mit Blasensteinen. Neun darunter waren männliche Individuen. An vier derselben wurde die Lithotomie, an weiteren vier die Lithotripsie, an einem beide Operationen vorgenommen. Der Verfasser bringt sodann nähere Details über die Zusammensetzung und das Gewicht der entfernten Steine.

C. Berliner-Aachen.

Das Ballotement der Harnblase als Untersuchungsmethode bei Blasensteinen, von W. M. Glagolew. (*Med. Notisen.* 1896. No. 17 u. 18.) Autor ist der Erfinder einer neuen, von ihm „Ballotement der Harnblase" benannten Untersuchungsmethode bei Blasensteinen, welche er zur Seite der anderen bisher üblichen Untersuchungsmethoden stellen möchte. Dieselbe giebt meistens ein deutliches Resultat, besitzt keine Kontraindikationen (mit Ausnahme von Neigung zur Blutung) und dürfte namentlich in der Kinderpraxis in diagnostischer Richtung die erste Stelle einnehmen. — Das Ballotement besteht in folgendem: Der Kranke befindet sich in Rückenlage

mit flektierten Knien. Der Untersuchende stellt sich zur rechten Seite des Patienten und führt den rechten Zeigefinger per rectum ein, zur Blase, also nach oben, mit der Volarseite gekehrt. Alsdann werden schnell aufeinander folgende Flexions- und Extensionsbewegungen der beiden letzten Phalangen des eingeführten Fingers ausgeführt, wodurch der sich auf dem Boden der Blase befindende Stein heraufgeschnellt wird. Der letztere wird, falls er überhaupt vorhanden ist, beim Herunterfallen auf den Boden der Blase den unter derselben befindlichen Finger anstoßen, und man erhält das Gefühl eines fallenden Körpers. — Verfasser giebt noch einige Details der Untersuchungsmethode an, die auch angeführt werden sollen: 1. Das Becken ist durch ein darunter geschobenes Kissen höher zu lagern. 2. Die Blase darf nicht mehr als 150 ccm Harn enthalten, um die Deutlichkeit eines fallenden Körpers nicht zu verringern. 3. Die Untersuchung darf nicht lange fortgesetzt werden, weil der Sphincter ani, den Finger konstringierend, dessen Sensibilität beeinträchtigt. 4. Der ausgestreckte Finger darf nicht zu stark die Wand der Blase eindrücken, weil sonst der Stein von der Mittellinie verschoben werden könnte. 5. Man muß sich bemühen, den Stein möglichst gerade in die Höhe hinaufzuschnellen, denn nur so kann er auf dieselbe Stelle zurückfallen. 6. Häufig hat auch der Kranke das Gefühl, als ob in seinem Blaseninnern ein harter Körper sich bewege. 6. Ganz besonders wichtig ist in diagnostischer Beziehung das Gefühl eines auf die letzte Phalanx des Fingers fallenden harten Körpers. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über einen eingefalsten Stein, von Nicolich. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 32.) Es handelt sich um einen 72jährigen Mann, dessen frühere Beschäftigung Bäcker war und der infolgedessen an hochgradigem Genu valgum litt, das rechte Hüftgelenk war in forcierter Abduktion und leichter Flexion ankyloniert. Patient litt an einer Prostatahypertrophie und chronischer Cystitis und starb an einer eitrigen Pyelonephritis. Die Obduktion ergab die Veränderungen einer chronischen Cystitis, hinter der Prostata war ein hühnereigroßer Stein gesessen, der mit einem Teil seines Volumens in der Blasenwand steckte. Die Adhärenz war derart fest, daß es selbst mit Gewalt nicht gelang, den Stein von der Schleimhaut loszubekommen. Die Blasenwand wurde wohl aufgerissen, aber man konnte sie nicht vom Steine lösen. Die oben erwähnte Lage der Hüfte war auch ein Grund, warum man den Stein nicht leicht diagnostizieren konnte; obwohl man mit einem elastischen Katheter leicht in die Blase gelangen konnte, war dieses mit einem Metallkatheter nicht möglich, indem derselbe in der rechten Hüfte beim Senken stecken blieb. *Alpár (A. Aschner)-Budapest.*

Das Phonendoskop als Hülfsmittel zur Entdeckung von Steinen in der Blase, von G. Goodman. (*Brit. med. Journ.* 9. Januar 1897.) Der Verfasser hat nach Entfernung der äußeren Scheibe seines Phonendoskops den flachen Griff einer gewöhnlichen Thompsonschen Sonde in engen Kontakt gebracht mit der weit empfindlicheren inneren Scheibe. Auf diese Weise gelang es ihm, den Ton, welchen die in die Blase eingeführte und einen Blasenstein berührende Sonde hervorrief, sehr deutlich zu hören. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur Steinbehandlung, von Robert Kutner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 15.) Ein 13jähriger Patient leidet seit dem 7. Lebensjahre an Harnbeschwerden, als deren Ursache sich ein Harnröhrenstein ergiebt, der kurz vor dem Sinus bulbi gelegen ist, ein sehr ungewöhnlicher Sitz. Dieser Sitz war wahrscheinlich bedingt durch die Enge der Pars anterior. Verfasser führte in Narkose eine dünne, aber kräftige Mathieusche Zange ein, deren Branchen von zwei lithotriptorähnlichen Löffeln gebildet waren, zertrümmerte den Stein, extrahierte die Fragmente zum Teil,

zum Teil entfernte er sie durch Spülung. Keine Blutung. Am anderen Tage trat eine Harnverhaltung ein, die durch Schwellung in der Pars anterior hinter der Fossa navicularis bedingt war, vermutlich eine Folge der starken Dilatation des Orificium externum; dieselbe wurde bald gehoben. Der Stein bestand aus Oxalaten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blasenstein infolge eines Flintenschusses vom Jahre 1870, von Hue (*Annales d. mal. d. org. gén.-ur.* 1897. No. 6.) Der Verfasser entfernte einen Blasenstein durch Sectio alta bei einem Manne, der im Jahre 1870 durch eine preufsische Kugel an der Hüfte schwer verletzt wurde. Wahrscheinlich drang die Kugel, nachdem sie den grofsen Trochanter zertrümmert und in der Hüfte weitere Verwüstungen gesetzt hatte, durch den Darm und in die Blase und rifs dabei ein Knochenstückchen mit. Der Patient ist seinerzeit nach schweren Zufällen genesen, hat aber vielfache Beschwerden im Becken behalten. — Der durch die Sectio alta entfernte Stein wog 80 g, bestand aus phosphorsaurem Kalk, phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia und Karbonaten. Entzwei gesägt und untersucht, liefs er nirgend Spuren von Blei auffinden, dagegen in einem genau untersuchten Stückchen typisches Knochengewebe. Man sah in einem Präparate ein Haversches Kanälchen mit seinen concentrischen Lagen von deutlichen Osteoblasten. Wahrscheinlich handelt es sich um die äufsere oder innere Tafel des Hüftbeins, wovon ein Teilchen durch die Kugel mit in die Blase gerissen wurde, woselbst sich um dasselbe der nun entfernte Stein bilden konnte.

Neuhaus-München.

Über einen interessanten Blasenstein, von Otto Mankiewicz. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 28.) Verfasser entfernte durch Sectio alta einen herzförmigen, 39,0 schweren Phosphatstein von grauweifser Farbe mit rötlichen Punkten und dem Geruch des fauligen Harnes. Derselbe hatte sich um ein Stück Nélatonkatheter gebildet, dessen Lumen auch mit Steinmasse ausgefüllt ist. — Als seiner Zeit der Katheter abbrach, waren durch Boutonnière Stücke entfernt worden, aber nicht alle. Verfasser weist deshalb darauf hin, dafs man abgebrochene Katheterenden, die man nicht mit dem Lithotriptor entfernen kann — natürlich unter cystoskopischer Nachprüfung —, durch Sectio alta entfernen soll. Ferner soll man jeden Katheter vor der Anwendung auf seine Elasticität sorgsam prüfen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blasensteine, von Guelliot. (*Annales d. mal. d. org. gén.-ur.* 1897. No. 6.) Verfasser zeigte in Reims Folgendes vor: 1. Einen eiförmigen dicken Stein von 6 cm Länge, 75 g Gewicht. Derselbe stammte von einer 64jährigen Frau und war durch den Schnitt in die Scheide entfernt worden. Seltsamerweise vermutete man den Stein erst einige Tage vor der Operation, als bereits Urämie bestand. Dieser ist die Frau auch erlegen trotz des raschen Eingreifens. — 2. Zwei Steine mit harnsaurem Kern und Phosphatschale, durch den hohen Blasenschnitt entfernt. Bemerkenswert erscheint, dafs die Lithotripsie eines Chirurgen 3 Jahre vorher dem Patienten die Beschwerden nahm, während ein anderer Versuch der Lithotripsie vor einem Jahre nutzlos blieb. Die Blase ertrug gar keine Flüssigkeit mehr. In solchen Fällen sei stets die Sectio alta angezeigt, welche, wie hier, alles entfernen und vortrefflichen Gesundheitszustand schnell verschaffen kann.

Neuhaus-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

Fig. 2.

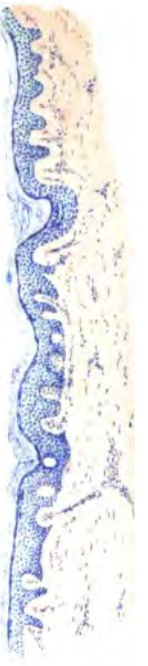


Fig. 3.

Fig. 4.

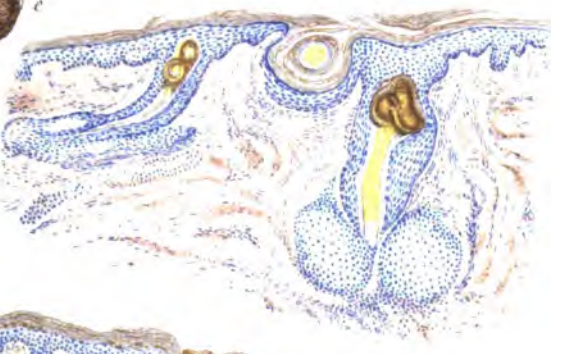
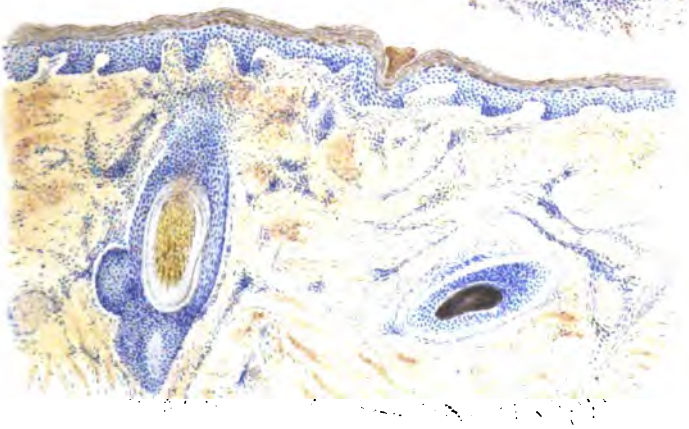


Fig. 5.



Gumznelt, del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 3. 1. August 1898.

Aus der Poliklinik des Privatdocenten Dr. med. Kollmann-Leipzig.

Die Anwendung des Naftalan in der dermatologisch-syphilidologischen Praxis.

Von

Dr. Rohleder in Leipzig-Gohlis.

Im Februar d. J. erhielt ich von Herrn Privatdocent Dr. med. Kollmann-Leipzig den Auftrag, das Naftalan einer Prüfung in seiner Poliklinik zu unterziehen. Zu diesem Zweck wurde mir von Herrn Dr. Adolph List in Magdeburg ein gröfseres Versuchsquantum des Mittels zur Verfügung gestellt. Wir unternahmen die diesbezüglichen Untersuchungen um so eher, als wir es nicht mit einem ganz neuen, absolut unbekannten Präparat zu thun hatten, sondern schon von Rosenbaum-Tiflis und — was besonders für das Gebiet der Dermatologie und Syphilis wichtig war — von Kaposi, Finger, Pick, Schwimmer, Joseph u. a. recht günstige Urteile über dasselbe laut geworden waren.

Das Präparat selbst, dessen chemisch-physikalische Eigenschaften von Rosenbaum genau angegeben werden, stellt eine schwarzgrünliche Masse von Salbenkonsistenz dar; sie hat einen schwach brenzlichen Geruch, ein spezifisches Gewicht von 0,960 und eine völlig neutrale Reaktion. Ein grofser Vorteil derselben ist, dafs sie einen für Salben aufserordentlich hohen Schmelzpunkt (65—70° C.) besitzt, infolgedessen sie selbst bei stärkster Sommerhitze und natürlich auch bei Körperwärme nicht flüssig wird. Trotzalledem ist sie sehr leicht verreib- und verschmierbar.

Das Naftalan wird ohne Anwendung von Säuren oder freien Alkalien hergestellt, ist frei von Paraffin und hinterläfst nach dem Waschen keine Flecke in der Wäsche.

Es stellt sich als ein Extraktionsprodukt einer im Kaukasus, im Orte Naftalan gefundenen und danach benannten Rohnafta dar und soll in seiner Heimat schon seit langen Jahren als Heilmittel gegen Rheumatismus, Gicht, Dermatosen etc. verwandt worden sein. Als Steinkohlen-

teerprodukt, als Naftadestillat steht es in chemischer Verwandtschaft zum Teer. Von vornherein war daher seine Anwendung auch bei den Krankheiten, bei welchen Teer in der Dermatotherapie gebraucht wird, angezeigt.

Da ich, wie gesagt, eine möglichst vielseitige Prüfung des Präparates vornehmen wollte, liefs ich zunächst das Mittel auf seine Löslichkeitsverhältnisse u. s. w. prüfen. Herr Apotheker MÜNCH jun., Leipzig-Gohlis, Kronenapotheke, war so freundlich, dies zu übernehmen.

Die Untersuchungen ergaben:

Naftalan ist löslich in Wasser und Glycerin. Um es in Wasser zur Lösung zu bringen, ist eine Emulsion mit gleichen Teilen Olivenöl, aber dreifach so starkem Gummiarabicumgehalt, als zu sonstigen Emulsionen erforderlich ist, nötig, also z. B.

Naftalani
Ol. olivar. ā 5,0
G. arab. 7,5 (statt 2,5 wie gewöhnlich)
Aquae 100,0
Mf. emulsio.

Aus dieser Emulsion scheidet sich das Naftalan zwar leicht aus und schwimmt obenauf, läfst sich aber durch starkes Schütteln vor dem Gebrauch wieder mischen, jedoch schwerer als bei den später zu besprechenden öligen Lösungen.

Es ist löslich bis zu einem gewissen Grade in fettigen Ölen, und zwar in klar bleibender Lösung bis ca. 2%, dem Öl ein dunkles, grünliches Aussehen verleihend. In 3—5% Lösungen scheidet sich im Laufe der Zeit beim Stehen etwas vom Naftalan aus und fällt zu Boden, löst sich jedoch durch starkes Umschütteln wieder. Noch zu beobachten ist, dafs zur Lösung heifses Öl tropfenweise zuzusetzen ist; man mufs daher z. B. ordinieren:

℞ *Naftalani* 3,0
Ol. olivar. fervid. qu. s. ad 100,0
M. D. S. Zur Injektion.

In Chloroform und Äther ist Naftalan leicht löslich.

Mit Salben jeglicher Art läfst es sicht leicht mischen. Für Anfertigung von Stuhlzäpfchen läfst es sich mit Butyr. Cacao bis zu 25% (0,5 : 2,0) vermengen und sind solche von normaler, harter Konsistenz.

Ich habe ferner auch noch Urethralstäbchen herstellen lassen; bis zu 20% sind sie noch verwendbar, darüber werden sie ebenfalls zu weich.

Das Naftalan wurde von mir insgesamt in 84 Fällen der KOLLMANN-schen Poliklinik angewandt.

a) Das Naftalan bei sexuellen Erkrankungen.

Da das Naftalan in der syphilidologischen Praxis, wenigstens in Deutschland, abgesehen von einem aus der JOSEPHschen Poliklinik stammenden Fall von annulärem Syphilid der Hand, bisher noch nicht angewandt wurde, wurde dasselbe zuerst hierbei geprüft.

Ich beginne meinen Bericht mit insgesamt 12 Fällen von Ulcus durum und Ulcus molle, die sämtlich einer längeren Beobachtungsdauer zugänglich waren; andere Fälle, die nicht genügend lange beobachtet werden konnten, wurden hierbei nicht berücksichtigt.

An Ulcus durum wurden 6 Patienten behandelt, und zwar derartig, dafs das Naftalan in reinem Zustande aufgestrichen, oder dafs ein Stück Watte resp. Gaze mit Naftalan getränkt auf das Ulcus aufgelegt und die Vorhaut darüber gezogen wurde. Dies wurde dreimal täglich wiederholt nach vorheriger Reinigung des Ulcus vom alten Naftalan und Reinigungsbad.

Nur in einem Falle, der dazu nicht einwandsfrei, da er kurze Zeit vorher mit Sublimat und Jodoform behandelt worden war, war binnen ca. 2—3 Wochen das Geschwür geheilt und nur noch die Induration zu fühlen. In den anderen 5 Fällen war es ohne jedwede Einwirkung; das Geschwür behielt stets den gleichen Charakter bei. Auf den Verlauf der Lues hatte das Naftalan, wie ja auch nicht anders zu erwarten war, absolut keinen Einfluſs.

An Ulcus molle wurden ebenfalls 6 Patienten behandelt. Das Mittel wurde dreimal pro die auch hier frisch aufgetragen, nachdem das alte mit Watte entfernt worden war. Auch hier zeigte sich das Mittel ohne jegliche Beeinflussung des Geschwürsgrundes, so dafs wir sehr bald zum Jodoform zurückkehrten.

Meine Erfahrungen über die Wirkungen des Mittels bei Ulcus durum und Ulcus molle sind also nicht besonders ermutigend; das Naftalan schien mir hierbei keine andere Wirkung zu haben als die einer gewöhnlichen indifferenten Salbe. Die Zahl meiner Fälle ist allerdings gering und daher will ich mir nach diesen vorläufig noch kein abschliefsendes Urteil erlauben über die Wirkung des Präparates gedachten Erkrankungen gegenüber. Vielleicht führen zahlreichere Versuche auch hierbei zu günstigeren Resultaten.

Bei Blennorrhoea acuta war das Naftalan ebenfalls noch nicht angewandt worden. Da dasselbe, wie später besprochen werden wird, in seiner Wirkung eine entschiedene Ähnlichkeit mit dem Ichthyol besitzt, lag es nahe, dieses auch als Injektionsmittel bei Blennorrhoe zu versuchen. Es wurde in Solutio oleosa, wie früher angegeben, injiziert. Emulsionen wurden aus oben genanntem Grunde nicht benutzt. Es wurden im ganzen 12 Fälle von akuter und subakuter Blennorrhoe damit behandelt. 3 Fälle

davon waren sicher erstmalige Infektionen. Die chronische Blennorrhoe war naturgemäfs von der Behandlung ausgeschlossen.

Begonnen wurde mit einer $^1/_{10}$%igen Lösung und aufwärts gestiegen bis zu 6%iger Lösung. Konzentriertere Lösungen konnten ebenso wie die Emulsionen wegen des leichten Ausfallens des Naftalans nicht gut ordiniert werden. Das Ergebnis war folgendes. In schwacher Konzentration bis zu 2% war eine antiblennorrhoische Wirkung überhaupt nicht zu verspüren. Bei 3%igen und stärkeren Lösungen war entschieden eine schwach antiblennorrhoische Wirkung bemerkbar. Der Ausfluſs lieſs nach, jedoch meinem Eindruck nach langsamer als bei den meisten anderen Mitteln, wie Kalium permanganicum, Ichthyol, Resorcin etc. Nur in dem einen von den 12 durch längere Zeit hindurch beobachteten Fällen verschwand der Ausfluſs etwas schneller, als in den anderen Fällen und zeigten sich bei der mikroskopischen Untersuchung des Sekrets zuletzt keine Gonokokken. Der Fall war jedoch subakut. In 6 Fällen zeigte sich eine den anderen Mitteln gegenüber nicht in Betracht kommende geringe Besserung; 5 Fälle blieben völlig unbeeinfluſst. Was mir besonders auffiel, war, daſs das Naftalan wenig Einfluſs auf die Konsistenz des Ausflusses hatte. Derselbe blieb auch in der Zeit der Heilung mehr dick, zähflüssig (Wirkung des Öles?) und hatte wenig Neigung zur mehr dünnflüssigen serösen Umwandlung.

Daſs unser Mittel, welches doch wohl ein, wenn auch schwaches Antisepticum darstellt, in den von uns behandelten Fällen bei Blennorrhoe versagte, läſst sich vielleicht dadurch erklären, daſs wir es in öliger Lösung gaben. Andere Antiseptica, wie z. B. Karbol, büſsen durch Auflösen in fetten Ölen bekanntlich ebenfalls bedeutend an ihrer spezifischen Wirksamkeit ein. Vor weiteren Versuchen dürfte es sich daher empfehlen, zum wenigsten eine andere Solution des Naftalans, sei es in Wasser, Glycerin oder sonst einem unschädlichen Agens, herzustellen, die einerseits eine Ausfällung des Medikaments verhinderte, andererseits dasselbe zur vollständigen, einwandsfreien Wirkung kommen lieſse.

Endlich möchte ich noch erwähnen, daſs Naftalan auch als resorbierendes Mittel bei Bubonen und Epididymitis blennorrhoica in einigen Fällen zur Anwendung gebracht wurde.

Eine Wirkung lieſs sich hier nicht verkennen. Jedoch erreichte es bei Bubonen das nicht, was der Druckverband allein vermochte. Bei Epididymitis hat man gute Erfolge, wenn man das erkrankte Scrotum dick mit Naftalan beschmieren läſst, darüber eine dicke Watteschicht legt, das Ganze sorgfältig mit Guttaperchapapier umhüllt und fest anliegend im Suspensorium tragen läſst — also ein Prieſsnitzverband, bei dem die feuchte Watte durch Naftalan und trockene Watte ersetzt ist. Eine Reizung der Scrotalhaut wurde niemals bemerkt.

b) Das Naftalan bei Hautkrankheiten.

Da das Naftalan ein dem Teer chemisch nahestehendes Produkt ist, so war von vornherein zu vermuten, dafs es sich da ebenfalls bewähren werde, wo sich jener bewährt hat. Es wurde daher versucht bei Ekzem, Psoriasis vulgaris, Sykosis etc. Ob, wie beim Teer, so auch bei Naftalan Intoxikation statthaben kann, vermag ich nicht zu sagen; beobachtet habe ich etwas Derartiges nicht.

Ich beginne zunächst mit meiner Prüfung des Mittels bei Ekzem, von dem 31 Fälle, 11 akute, 20 chronische, hierzu verwandt wurden.

Vom akuten Ekzem kamen wohl fast sämtliche Stadien zur Behandlung, das Stadium vesiculosum et Stadium madidans, ebenso wie das Stadium impetiginosum et squamosum.

Sämtlichen Patienten wurde die Weisung mitgegeben, das Naftalan messerrückendick auf die Haut aufzutragen, ein reines Stück Leinen (event. noch Guttapercha) darüber zu decken und das Ganze, wenn möglich, mit einer Binde zu befestigen. Bei kleineren Kindern und erwerbsunfähigen Patienten wurde dasselbe auch tagsüber angewandt. Patienten, die ihrem Berufe nachgingen und das Ekzem an freigetragenen Körperstellen hatten, bedeckten die affizierten Hautpartien nur abends und des Nachts. Die alte Salbe wurde jedesmal vor dem frischen Auflegen mit Watte mechanisch entfernt, da sie, ähnlich wie die Pasten, durch Wasser schwer entfernbar ist. Als grofser Vorteil des Naftalans erschien mir der Umstand, dafs es nie ranzig wird.

Es kamen Ekzeme beinahe aller Körperteile zur Behandlung; bei fast allen Fällen wurde eine befriedigende Besserung erzielt; nur in einem Falle mit akuter hochgradiger Schwellung und Rötung versagte das Naftalan. Das subjektive Jucksymptom, welches sich objektiv oft deutlich aus der zerkratzten Haut zu erkennen gab, wurde entschieden gelindert, das Nässen verschwand — natürlich war Waschen und Baden an den erkrankten Stellen den Patienten untersagt — in relativ kurzer Zeit im Vergleich mit anderen austrocknenden Salben (wie z. B. Hebras Diachylonsalbe, die ja aufserdem den Nachteil des leichten Ranzigwerdens hat). Beim Eccema impetiginosum hat das Naftalan noch den Vorteil, dafs es die eingetrockneten Borkenmassen mit erweicht und dadurch die Beseitigung mit Olivenöl erleichtert. Die Rötung und Schuppung der Haut verschwindet allmählich. Ungünstige Erscheinungen, wie Reizerscheinungen, die Isaac in der Josephschen Poliklinik beim akuten Ekzem beobachtet haben will, zeigten sich uns — aufser im oben citierten Fall — niemals. Im Gegenteil möchte ich mit Pezzoli (aus dem Fingerschen Ambulatorium) sagen, dafs Naftalan sich sowohl für das chronische wie akute Stadium des Ekzems eignet. Genannter Autor empfiehlt es daher auch gerade für

den praktischen Arzt, vorausgesetzt, dafs nicht ein ganz akutes florides Stadium mit hochgradiger Rötung und Schwellung vorliegt.

Ein Fall möge illustrieren, in welch' verhältnismäfsig kurzer Zeit das Naftalan wirkt.

Kind Max Sch., 1½ Jahre alt, Eccema madidans et impetiginosum des Gesichts, Halses und Oberkörpers, tritt am 28. III. in unsere Behandlung ein; nach Angabe der Mutter ist es schon lange Zeit vorher ohne allen Erfolg behandelt. Das Kind bekommt am 28. III. Naftalan, das am Tage messerrückendick aufgetragen, im Gesicht mittelst Maske befestigt, und 3 mal täglich, morgens, mittags und abends, erneuert wird.

1. IV. Leichte Besserung; das Nässen, besonders hinter dem Ohr, hört auf. 3. IV. Die Besserung ist um ein Bedeutendes fortgeschritten. Die Mutter giebt selbst an, dafs der Erfolg gegenüber der früheren Behandlung ganz vorzüglich sei. Am 7. IV. ist das Ekzem fast völlig geheilt. Die definitive, vollständige Heilung war Anfang Mai beendet. Gesamtdauer ca. 5 Wochen.

Die chronischen Ekzeme waren sehr oft mehr oder weniger Gewerbeekzeme. Auch hier war der Erfolg des Mittels sehr zufriedenstellend; die Heilung trat sogar schneller ein, als bei den akuten Ekzemen. Als prägnantestes Beispiel hierfür möge folgender Fall dienen.

Z., 45 Jahre alt, kommt zu uns mit einem Eccema scroti et penis, das seit ca. 2 Jahren (!) bestand. Die Haut dieser Teile zeigte starke Schwellung, war stark nässend und infolge der ungenügenden Reinigung stark riechend nach Zersetzungsprodukten. Heftiges Juckgefühl. Nach gründlicher Reinigung und Austrocknung am 2. IV. Naftalan. 22. IV. Schwellung und Nässen zurückgegangen. Juckgefühl vermindert. 29. IV. Bedeutender Fortschritt der Besserung. 11. V. Das Ekzem ist fast völlig geheilt, nur der Juckreiz ist noch nicht völlig geschwunden.

Nur an behaarten Hautstellen war — wie ja auch bei jedweder anderweitigen Behandlung — die Heilungsdauer eine langsamere. Wenn irgend möglich, liefs ich das Haar schneiden und die Schuppen darauf durch Salicylspiritus entfernen.

Am günstigsten war der Erfolg bei Ekzemen der Hand, bei den Gewerbeekzemen. Sie sind überhaupt das beste und dankbarste Gebiet der gesamten Naftalanbehandlung. Naftalan stellt hier eine entschiedene Bereicherung unserer Therapie und eine grofse Vereinfachung derselben dar, was bei der Hartnäckigkeit dieser Leiden und der Schwierigkeit ihrer Beeinflussung nicht zu unterschätzen ist.

Fall Sch., Kleber von Beruf, leidet an aufserordentlich chronischem Gewerbeekzem des Index, Daumens und Daumenballens bis zum Handgelenk. Besonders die Phalangen sind von dicken, blumenkohlartigen Hornwucherungen bedeckt. Seit 3. XI. 97 in Behandlung. Am besten führte noch zur Desquamation der Hornlamellen Salicylsäureguttaperchapflastermull Beiersdorf. Nach Naftalan zeigte sich auch hier nach 14 Tagen eine entschieden schnellere Besserung, als früher. Heilung noch nicht zu verzeichnen, da die Zeitdauer zu kurz.

Worauf die Wirkung des Naftalan bei diesen chronischen Ekzemen beruht, vermag ich nicht anzugeben. Die antiparasitäre Wirkung ist sicher-

lich nicht maſsgebend. Isaac meint, daſs „durch Naftalan neue Cirkulationsbedingungen geschaffen werden, die ihrerseits das schon pathologisch veränderte Gewebe in einen normalen oder wenigstens dem normalen nahekommenden Zustand zurückzubringen vermögen."

An Psoriasis vulgaris wurden 8 Fälle behandelt. Bei diesem ausgesprochen chronischen Leiden von auſserordentlich hartnäckigem Verlauf bis zu jahrelanger Dauer dürften die nur monatelang unter dem Einfluſs von Naftalan beobachteten Fälle kein endgültiges Urteil zulassen.

Von vornherein konnte ich mich nicht entschlieſsen, allein eine Lokaltherapie walten zu lassen, sondern ich gab innerlich das altbewährte Arsen, und zwar in Form der Solutio Fowleri mit Aqu. ā, 3mal täglich mit 5 Tropfen beginnend, allmählich bis 25 Tropfen steigend. Die Patienten wurden angehalten, die Schuppen mit Schmierseife vorher möglichst zu entfernen. Das Naftalan wurde danach möglichst dick auf sämtliche gröſsere Effloreszenzen aufgetragen; bei kleinen und kleinsten weit versprengten wurde das Medikament direkt eingerieben. Überhaupt dürfte hier der desquamativen Wirkung wegen mehr eine Einreibung als bloſs eine einfache Bedeckung angezeigt sein. Das Mittel verursachte in keinem Falle Reizerscheinungen, wie sie bei dem, in unserer Poliklinik gewöhnlich benutzten, 5—10%igen Chrysarobin-Traumaticeineinpinselungen bisweilen auftreten. Besonders im Gesicht ist das ein Vorteil von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Ich habe selbst bei einem Fall von Psoriasis der Wange in unmittelbarster Nähe des Auges unter Naftalanbehandlung absolut keine Reizerscheinungen der Conjunctiva folgen sehen, welche die Anwendung des Chrysarobins im Gesicht ja fast verbieten. Ebensowenig braucht man eine Intoxikationswirkung bei groſser Ausbreitung des Prozesses zu befürchten, wie dies z. B. bei der Pyrogallolbehandlung der Fall ist. Ich habe es in einem unten näher bezeichneten Falle auf ziemlich groſse Flächen angewandt ohne jegliche Folgeerscheinungen.

Die Wirkung des Naftalan bei Psoriasis mögen einige Fälle demonstrieren.

Fr., 24 Jahre alter Arbeiter, ist früher mit Präcipitatsalben mit nur geringem Erfolge behandelt worden; kommt 30. III. in unsere Behandlung. Psoriasis an beiden Ellenbogen mindestens handtellerflächengroſs, ebenso auf beiden Knien, auf Bauchdecken und Brust; an den Armen einzelne, durchschnittlich zehnpfennigstück- bis markstückgroſse zerstreute Effloreszenzen. 6. IV. Beginnende Besserung, abnehmende Schuppung. 13. IV. Fortschreitende Besserung. Die Borkenschichten haben sich völlig abgestoſsen. 20. IV. Weitere Besserung. Die einzelnen Plaques werden blasser, kleiner. 27. IV. do. 4. V. Die einzelnen sporadischen Flecke sind abgeheilt, an den Ellenbogen und Knien sind sie auf Markstückgröſse zurückgegangen.

Bei einem anderen Patienten, einem 38jährigen Kassenboten B., der seit 10. IV. an fast universeller Psoriasis leidet, ist bis 4. V., also binnen 3 Wochen, eine recht erhebliche Besserung zu verzeichnen.

Ein dritter Patient, H., der handgroſse Flecken am Nacken und Halse aufwies und schon auſserordentlich viel dagegen gethan hatte, machte von selbst die Bemerkung, daſs ihm die schwarze Salbe bisher die besten Dienste geleistet habe.

Meine Beobachtungen bezüglich der Psoriasis decken sich mit denen anderer Autoren; so giebt z. B. SCHWIMMER an, in 10 Fällen 6 mal einen sehr guten, 2 mal einen vorzüglichen und nur 2 mal einen negativen Erfolg gehabt zu haben.

Von den Dermatomykosen, den durch Mycelpilze hervorgerufenen Hauterkrankungen, wurden mit Naftalan behandelt nur Herpes tonsurans und Pityriasis versicolor.

Von Herpes tonsurans barbae standen mir 3 Fälle zur Verfügung,

Th. L. und Z. Dieselben überstanden die schmerzhafte Procedur des Rasierens und bekamen Naftalaneinreibungen, die sich jedoch sehr bald als nicht genügend antiparasitär wirkend erwiesen; es wurde daher nach ca. 14tägiger bis 3wöchentlicher Behandlung zu Sublimat resp. Pyrogallol übergegangen.

Die Sykosis, die im Grunde genommen doch nur eine durch Trichophyton tonsurans erzeugte Folliculitis ist, erscheint mir deshalb auch nicht besonders geeignet zur Naftalanbehandlung, weil bei intensiver Einreibung mit Naftalan schon an und für sich bisweilen eine akute Folliculitis artificiell erzeugt wird, andererseits aber ein bloſses Auflegen der Salbe wohl kaum genügt, um in den einzelnen Follikeln antiparasitär zu wirken. Aus diesen Gründen unterlieſs ich auch die Anwendung bei der Scabies.

Bei Pityriasis versicolor, wo wir nur nebenbei in einigen Fällen (3) nach Abwaschungen mit Kaliseife Einreibungen mit Naftalan vornehmen lieſsen, ergab sich ein allmähliches Zurückgehen der kleinen braunen Fleckchen. In einem Falle zeigte sich ebenfalls, wahrscheinlich durch zu starkes Einreiben, eine leichte Folliculitis als Folgezustand.

Von anderen Hautkrankheiten wurden ferner noch der Naftalanbehandlung unterzogen:

1. Acne vulgaris,
2. Acne rosacea,
3. Alopecia areata,
4. Prurigo,
5. Lupus,
6. Intertrigo,
7. Pruritus cutaneus,
8. Balanitis.

1. In 5 Fällen von zumeist am Gesicht lokalisierter Acne vulgaris leistete das Naftalan nur geringe Dienste im Vergleich zu den Schwefelpräparaten, Resorcin, β Naphthol, Sublimat etc., was auch leicht erklärlich, da es die erste Bedingung bei der Aknebehandlung: oberflächliche Abstoſsung der Epidermis und dadurch Freilegung der Follikelmündungen nicht genügend erfüllt, im Gegenteil bei starker Einreibung eher eine Folliculitis herbeiführt.

2. Acne rosacea (2 Fälle mittleren Grades). In beiden typischen Fällen von Acne rosacea der Nase, der angrenzenden Wangen- und oberen

Lippenpartien trat im Verlaufe mehrerer Wochen (bis 4) durch Auflegen von Naftalan allein, das während der Nacht liegen blieb, eine entschiedene Besserung ein, soweit solche überhaupt ohne Skarifikationen — die in diesen Fällen nicht gemacht wurden — durch bloſse lokale medikamentöse Therapie sich erzielen läſst. Völlige Heilung wurde natürlich nicht erzielt. Reizerscheinungen kamen auch hier nicht zur Beobachtung. Der Erfolg war nach unseren Beobachtungen hier ein dem Ichthyol und Schwefel ziemlich gleichstehender. Naftalan zeigte sich als ein reduzierendes Mittel. Wie diese Wirkung im lebenden Gewebe vor sich geht, ob das Naftalan wirklich einen direkten Einfluſs auf die Blutcirkulation und dadurch auf die Ernährung der erkrankten Gewebe äuſsert, darüber erlaube ich mir kein Urteil. Auch bei

3. Alopecia areata (1 Fall) wurde es gegeben, aber ohne Erfolg. Es entfaltete zu wenig der hier erwünschten hautreizenden Wirkung. In einem Falle von

4. Prurigo lieſs es ganz im Stich. In einem Falle von

5. Lupus der linken Wange, ca. zehnpfennigstückgroſs, bei einer Frau, die schon seit Sommer 1897 daran litt, wurde 2 Wochen hindurch, vom 22. IV. bis 2. V., Naftalan verordnet; ein Erfolg war nicht zu bemerken. Eine längere Anwendung erschien mir bei der Natur des Übels nicht indiziert. Bei

6. Intertrigo zeigte sich keine Wirkung. Bei

7. Pruritus cutaneus sui generis, z. B. Pruritus cutaneus perinei (2 Fälle), als auch bei dem als Begleitsymptom anderer Hauterkrankungen auftretenden Hautjucken zeigte das Naftalan leidlichen Erfolg. Bei einigen Fällen von

8. Balanitis zeigte sich keine Wirkung.

Als Nachtrag möchte ich noch berichten über die Anwendung des Naftalans bei Prostatitis glandularis chronica.

Es wurden in der Poliklinik 3 Fälle damit behandelt. Dieselben wurden neben Massage per anum und urologischen Eingriffen, wie Dehnungen und hinteren Harnröhrenspülungen bisher in hiesiger Poliklinik zumeist mit Ichthyolsuppositorien und Ichthyolwasserklystieren nach SCHARFF behandelt. Da nun dem Naftalan, wie vorher angegeben, eine dem Ichthyol entschieden ähnliche Wirkung zukommt, wurden Versuche gemacht mit Naftalansuppositorien, zuerst in 5%iger, dann allmählich fortschreitend bis 25%iger Stärke, mit anscheinendem Erfolg.

Fall W., seit 12. I. 98 in Behandlung, bekam früher Ichthyolsuppositorien, bekommt anfangs April Naftalansuppositorien. Bei 10%iger Stärke beginnender Nachlaſs der Schmerzen. Allmähliches Fortschreiten in der Stärke bis 20%. Letztere erhält Patient jetzt noch und giebt an, daſs dieselben bei ihm günstiger wirken, als die Ichthyolsuppositorien.

Fall Gr., bekommt seit 4. IV. Naftalansuppositorien. 12. IV. Angebliche Besserung des Druckgefühls. 22. IV. Weitere Besserung.

Wie mir Herr Dr. KOLLMANN bei Abschluſs dieser Arbeit mitteilte, hat er das Mittel seit 3 Monaten auch in den meisten Fällen von Prostatakatarrh und Prostatitis in seiner Privatpraxis geprüft, und zwar ebenfalls in Form der Suppositorien bis 20% steigend. Er ist mit dem Erfolge einstweilen zufrieden. Die Patienten vertragen das Mittel gut; es erzeugte auch bei 20%iger Konzentration noch keine unangenehmen Empfindungen, wie Tenesmus. Ob es dem bewährten Ichthyol in diesen Fällen gleichkommt, läſst sich nach KOLLMANNS Urteil vorläufig allerdings durchaus noch nicht feststellen; dazu bedarf es einer längeren Prüfung.

Fassen wir unsere Betrachtungen zu einem kurzen Resumé zusammen, so würde das lauten:

1. Das Naftalan ist in der Dermatologie bei Ekzem — das akute Ekzem im stark entzündlichen Stadium ausgenommen — ein gutes Heilmittel, bei chronischen und besonders Gewerbeekzemen jedweder Art ein vorzügliches Heilmittel, dessen Anempfehlung — besonders auch infolge Vereinfachung der Therapie — ganz und voll geschehen darf.

2. Es ist ferner wohl zu gebrauchen bei der Psoriasis vulgaris, und

3. ist es ein reduzierendes Mittel, dessen reduzierende Kraft etwa der des Ichthyols, Schwefels etc. gleichsteht, und wo diese angewendet werden, zu versuchen.

4. Bei Ulcus molle, Ulcus durum und Blennorrhoe der Harnröhre (Injektionen von öliger Lösung) ist es scheinbar unwirksam; es scheint aber

5. Einen günstigen Einfluſs auszuüben in Fällen von Entzündung und Katarrh der Prostata bei rectaler Anwendung.

Zum Schluſs sage ich Herrn Privatdocent Dr. KOLLMANN für die Anregung zu dieser Arbeit und die Überlassung des Krankenmaterials meinen besten Dank.

Litteratur.

Dr. ROSENBAUM, I. und II. Vortrag in der kaiserlichen kaukasischen medizinischen Gesellschaft. 1896 und 1897.

Dr. PEZZOLI, Bericht aus dem Ambulatorium Prof. FINGERS in Wien in der *Therapeutischen Wochenschrift.*

Dr. ISAAC, Bericht aus der JOSEPHschen Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin in der *Deutschen medizinischen Wochenschrift* 1896, No. 52.

Prof. Dr. SCHWIMMER, Gutachten, enthalten in der Schrift: *Beobachtungen über die Wirkungen des Naftalans.* Dresden, Buchdruckerei von Arthur Schönfeld.

(Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten
im Alten Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. Oberarzt Dr. Engel-Reimers.)

Über den praktischen Wert des mikroskopischen Gonokokken-Nachweises bei Prostituierten.

Von

Dr. med. Th. Lochte.

Die Erwägung, dafs die Prostituierten die Hauptquelle für die Verbreitung der Blennorrhoe bilden und dafs die geringe Zahl klinisch nachweisbarer Blennorrhoen bei Prostituierten zu dieser Thatsache in auffälligem Gegensatze steht, führte Neisser dazu, in grofsem Umfange mikroskopische Sekretuntersuchungen bei Prostituierten vorzunehmen. Eine im Jahre 1888 ausgeführte aufserordentliche Untersuchung von 574 Prostituierten ergab, dafs 40 % der Untersuchten, die bis dahin als gesund galten, mit Blennorrhoe behaftet waren. Bei einer weiteren Untersuchung von 579 Prostituierten im Januar 1889 wurden 19 % krank befunden.

Nach diesen Befunden stellte Neisser die Forderung, dafs bei der polizeiärztlichen Kontrolle der Prostituierten die mikroskopische Untersuchung der Genitalsekrete auf Gonokokken notwendig sei.

Diese Forderung ist Veranlassung gewesen, dafs vielfach Untersuchungen auf Gonokokken bei Prostituierten ausgeführt wurden. Zu einer allgemeinen Einführung der mikroskopischen Sekretuntersuchung ist es indessen bis jetzt nicht gekommen.[1]

Während Behrend sich erst kürzlich ausdrücklich gegen den praktischen Wert des Gonokokken-Nachweises ausgesprochen hat, hat Neisser in einer Entgegnung diese Sekretuntersuchungen nochmals als ein notwendiges Erfordernis bezeichnet. Bei dieser Sachlage dürfte es von Interesse sein, mitzuteilen, zu welchen Ergebnissen die mikroskopischen Sekretuntersuchungen bei den Prostituierten Hamburgs geführt haben, und zu zeigen, wieweit diesen Untersuchungen ein praktischer Wert beizumessen ist.

Auf Anregung des Herrn Oberarzt Dr. Engel-Reimers waren seit August 1897 sämtliche zur Aufnahme in das Krankenhaus kommenden geschlechtskranken Weiber auf das Vorkommen von Gonokokken in den

[1] Nur von Hammer liegen Mitteilungen über regelmäfsige Untersuchungen auf Gonokokken vor. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 38.

Urogenitalsekreten untersucht worden. Es kamen daher nicht allein die neuaufgenommenen Prostituierten, sondern auch die polizeilich überwiesenen und freiwillig gekommenen Geschlechtskranken zur Untersuchung.

Die Sekretproben wurden aus der Urethra in der Weise entnommen, dafs durch Druck auf den Bulbus urethrae ein Tropfen hervorgepreßt wurde und von diesem auf einem Objektträger ein Ausstrichpräparat angefertigt wurde. War kein Sekrettropfen zu gewinnen, so wurden mit der vorher ausgeglühten Platinöse die Wände der Urethra abgestrichen. Es gelang so stets eine genügende Menge Sekret zur Untersuchung zu gewinnen. Die lufttrockenen Präparate wurden dann dreimal durch die Flamme gezogen und mit Dahlia-Methylgrün oder Karbolfuchsin-Methylenblau gefärbt und mit $^1/_{12}$ Öl-Immersion untersucht.

Die Gonokokkenbefunde wurden nur dann als positiv gezählt, wenn sich typisch intracellulär gelagerte, semmelförmige Kokken fanden.

In der ersten Untersuchungsreihe wurde bei 200 Kranken lediglich das Urethralsekret untersucht. Bei einer weiteren Reihe von 100 Kranken wurde aus der Urethra, aus der Mündung beider Bartholinischer Drüsen — nachdem die Vulva durch Abwischen mit Watte gereinigt war — und aus dem Cervix uteri abgeimpft. Aus dem Cervix wurde die Sekretprobe in der Weise entnommen, dafs ein kleines mit Wasser benetztes Speculum eingeführt wurde, dann wurde mit reiner Watte das Vaginalsekret sowie der aus der Portio heraushängende Schleimpfropf nach Möglichkeit entfernt, darauf erfolgte die Sekretentnahme aus der Portio selbst. War nur wenig Sekret in der Portio vorhanden, so genügte häufig ein leiser Druck mit dem Speculum, um einen gröfseren Schleimpfropf hervorquellen zu lassen.

Es erwies sich vorteilhaft, das Vaginalspeculum nicht durch Anfetten mit Öl geschmeidig zu machen, da es anfänglich vorkam, dafs die mit auf den Objektträger gebrachten Öltropfen der Färbbarkeit der Präparate Eintrag thaten.

Schliefslich wurde in einer letzten Reihe von Fällen, die ebenfalls 100 Kranke umfafste, die Urethra mittelst eines Hornlöffelchens nach dem Vorgange von Neisser ausgeschabt. Da die Gonokokken auch in den tieferen Schichten des Vaginalepithels vorkommen, so hofften wir auf diese Weise sicherer und öfter zu einer mikroskopischen Diagnose der Blennorrhoe zu kommen. In diesen Fällen wurde auch regelmäfsig das Vaginalsekret mit untersucht. — Alle diese Kranken kamen ausnahmslos nur einmal zur Untersuchung bei der Aufnahme.

Fasse ich die Ergebnisse kurz zusammen, so zeigt sich, dafs in der ersten Serie, in der nur die Urethra untersucht wurde,

Prostituierte 82, darunter mit Gonokokken				17	= 20,7 %
Umhertreiberinnen 59	„	„	„	22	33 = 27,9 %
Freiwillige 59	„	„	„	11	

gefunden wurden.

In der 2. Reihe, in der aus der Urethra, aus beiden Bartholinischen Drüsen, sowie aus der Portio cervicalis uteri abgeimpft wurde, kamen zur Untersuchung:

	Davon Gonokokken in der Urethra	Cervix	Barthol. Drüsen r.	l.
Prostituierte 48	9 = 18,7 %	7	5	4
Umhertreiberinnen 24	10 = 41,6 %	5	4	4
Freiwillige 28	8 = 28,5 %	1	4	5.

In der 3. Reihe, in der das Urethral- und Vaginalsekret gleichzeitig untersucht wurde (das erstere mittelst Hornlöffelchens entnommen) fanden sich:

	Davon Gonokokken in der Urethra	Vagina
Prostituierte 42	7 = 16,6 %	3
Umhertreiberinnen 31	14 = 45,1 %	0
Freiwillige 27	7 = 25,9 %	2.

Aus den Zahlen der letzten Untersuchungsreihe ergiebt sich, dafs wir bei Anwendung des Hornlöffels nicht öfter Gonokokken nachweisen konnten, als bei Sekretentnahme mit der Platinöse.

Es fällt ferner bei der Betrachtung dieser Zahlen auf, dafs die Umhertreiberinnen und Freiwilligen häufiger blennorrhoisch gefunden wurden als die Puellen. Ziehen wir allein die Urethra in Betracht, so ergiebt sich, dafs unter 228 nicht Prostituierten 72 mal Gonokokken gefunden wurden, also in 31,5 % der Fälle, während bei 172 Puellen nur 33 mal Gonokokken gefunden wurden, also in 19,1 %. Es mag dies darauf beruhen, dafs unter den nicht Prostituierten eine gröfsere Reihe von solchen war, die zum ersten Male geschlechtskrank waren und noch an frischer Blennorrhoe litten.

Wie nun schon Neissers Untersuchungen lehrten, braucht sich das Vorhandensein einer Blennorrhoe durchaus nicht durch klinische Erscheinungen zu manifestieren. Rötung und Schwellung der Schleimhäute, stärkere Sekretion können völlig fehlen und doch besteht eine Blennorrhoe, wie die mikroskopische Untersuchung lehrt. Stelle ich die eigenen Beobachtungen in dieser Beziehung zusammen, so ergiebt sich, dafs in der ersten Serie 50 Prostituierte waren, die klinisch unverdächtig waren, davon hatten 8 Gonokokken in der Urethra; in der zweiten Serie 42, davon 6 Gonokokken in der Urethra; in der dritten Serie 37, davon 7 Gonokokken. Also in Summa 129 Prostituierte, bei denen 21 mal d. i.

in 16,2 % der Fälle Gonokokken gefunden wurden. Im Cervicalsekret wurden bei 42 unverdächtigen Prostituierten 5 mal Gonokokken gefunden.

Diese Sekretuntersuchungen die — wie gesagt — nur bei der Aufnahme gemacht wurden, geben nur ein sehr unvollständiges Bild von dem thatsächlichen Vorhandensein der Blennorrhoe. Zunächst ist es möglich, dafs auch bei noch so sorgfältiger Untersuchung dem Beobachter die Gonokokken entgehen können, falls dieselben nämlich nur spärlich vorhanden sind. In solchen Fällen würde eine wiederholte Untersuchung oder die Durchmusterung mehrerer Ausstrichpräparate erst die notwendige Sicherheit des Urteils geben. In einigen, wenn auch nur seltenen Fällen, ist es nach dem morphologischen Bilde allein schwer zu unterscheiden, ob die gefundenen Diplokokken als Gonokokken anzusprechen sind oder nicht. War aus Form und Lage der Kokken die Diagnose nicht ohne weiteres klar, so habe ich den Befund als zweifelhaft bezeichnet und die Entscheidung von dem Ergebnis weiterer Untersuchungen abhängig gemacht.

In einer Reihe von Fällen sind es schliefslich äufsere Umstände, die bei einmaliger Untersuchung nicht zum gewünschten Resultate führen. Solche Schwierigkeiten fanden sich namentlich öfter bei Untersuchung des Cervicalsekretes. Bei menstruierenden Frauen ist es unmöglich mit der Platinöse Untersuchungsmaterial zu erhalten, das ein sicheres Urteil gestattet; ähnliche Schwierigkeiten ergaben sich bei erodierter Portio, wo gelegentlich schon die Berührung mit dem Speculum oder das Abwischen mit Watte zu kleineren Blutungen Anlafs gab, oder wenn die Portio selbst Sitz krankhafter Veränderungen, insbesondere von Ulcerationen war. Gelegentlich können auch Lageanomalien des Uterus, stärkere Hypertrophie der vorderen Muttermundslippe Schwierigkeiten beim Abimpfen machen.

Bei Untersuchung der Urethra sowie der Bartholinischen Drüsen sind es andere Umstände, die bei Prostituierten das Resultat der Untersuchung vereiteln können. Ich möchte nur kurz auf die Manipulationen hinweisen, durch die jede Puella es versteht, selbst bei strenger Beaufsichtigung und bei längerem Warten vor der Untersuchung, Urethra und Bartholinische Drüsen auszudrücken.

Als die Entnahme des Urethralsekrets mit dem Hornlöffel begann, war es sofort auffällig zu bemerken, dafs stets nur ganz dünnflüssiges, offenbar mit einigen Tropfen Harn untermischtes Sekret gewonnen wurde.

Es war daher notwendig, eine weitere Untersuchungsreihe vorzunehmen, in der die Puellen wiederholt auf Gonokokken untersucht wurden. Um so mehr war dies geboten, weil auch andere Untersucher ihre Kranken regelmäfsig auf Gonokokken untersucht haben, die Resultate besser untereinander vergleichbar wurden und sich so ein sichereres Urteil über den praktischen Wert des Gonokokken-Nachweises bei Prostituierten gewinnen liefs.

Derartige wiederholte Sekretuntersuchungen der Urethra und des Cervix wurden bei 70 Prostituierten vorgenommen. Von diesen kamen im ganzen 398 mikroskopische Präparate zur Untersuchung. Vier Prostituierte wurden nur 1 mal untersucht. Fünf Prostituierte kamen 5—8 mal zur Untersuchung, bei den übrigen wurden 3 bezw. 4 mal Sekretproben aus der Urethra und dem Cervix entnommen.

Gonokokken fanden sich bei 27 von 70 Prostituierten d. i. 38,57 % der Fälle. Während bei der ersten Untersuchung in der Urethra 10 mal, im Cervicalsekret 8 mal Gonokokken gefunden wurden, ergaben die nachfolgenden Untersuchungen, dafs 12 Prostituierte in der Urethra und 18 im Cervicalsekret Gonokokken beherbergten. Dafs erst später die Cervicalblennorrhoe so oft festgestellt wurde, ergiebt sich aus den bereits mitgeteilten Umständen, die die Sekretentnahme aus dem Cervix erschwerten. So kam es bei der ersten Untersuchung 11 mal vor, dafs wegen Menses und aus anderen Gründen keine Sekretprobe entnommen werden konnte.

Wegen Blennorrhoe waren dem Krankenhause zugewiesen 10 Prostituierte, bei 6 von diesen wurden Gonokokken gefunden. — Demnach liefsen sich unter 60 Prostituierten bei 21 Gonokokken nachweisen, also bei 35 %, ohne dafs diese Puellen klinisch auf Blennorrhoe verdächtig waren.

Aus diesen Untersuchungen ergiebt sich demnach, dafs die durch einmalige Sekretuntersuchung bei den Prostituierten erhaltenen Zahlenwerte (16,2 %) etwa um die Hälfte gegenüber den wiederholten Untersuchungen (35 %) zu niedrig ausfielen.

Bei einem Vergleich dieser Befunde mit den Ergebnissen anderer Beobachter ist es wohl gerechtfertigt, kurz auch auf diejenigen Arbeiten hinzuweisen, die vor den Neisserschen Untersuchungen sich mit der Frage nach der Lokalisation der Blennorrhoe beschäftigten und sich dabei auf die Befunde von Gonokokken stützten.

Welander (*Gazette méd. de Paris*, 1884) konnte bei 163 Weibern 79 mal = 45,6 % Gonokokken in der Urethra konstatieren, 10 mal in der Vagina = 5,7 %. Steinschneider (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1887) untersuchte 57 verschiedene Prostituierte mit frischen venerischen Affektionen in der Breslauer dermatologischen Klinik zu wiederholten Malen. Er fand bei

	Gonokokken in der Urethra	im Cervix	in der Vagina
34 frischen Blennorrhoen	34 mal	16 mal	1 mal
3 alten Blennorrhoen	0 „	2 „	0 „
20 anderweitigen Erkrankungen	20 „	0 „	0 „

Fabry (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1888) untersuchte in der Doutrelepontschen Klinik 51 Patientinnen. Es fanden sich Gonokokken

im Cervix allein bei 2,
in der Urethra allein bei 20
in Cervix und Urethra bei 16
} also Urethra 36 = 70,5 %
= 31,3 % im Cervix
in der Vagina bei 4 = 7,8 %.

Welander (*Bull. méd.*, 1889. No. 1, referiert im *Centralbl. f. Bakteriologie* 1889. S. 775) stellte seine Untersuchungen hauptsächlich an Prostituierten an. Im ganzen hat Welander 78 Frauen untersucht und zwar vorwiegend solche mit mehr oder weniger eitrigem Ausfluſs.

Bei 32 waren in keinem Sekret Gonokokken enthalten; bei 46 fanden sich in einem oder mehreren Sekreten Gonokokken.

In 41 von den 46 Fällen (52,5 % aller Kranken) fand Welander Gonokokken in der Urethra. In 25 von diesen Fällen war das Sekret rein eitrig, in 11 trübe und in 5 klar.

Es folgen um 1890 die Neisserschen Untersuchungen, die anfänglich bereits mitgeteilt wurden; sie bildeten den Ausgangspunkt für viele spätere Untersuchungen.

Eine Bestätigung der Neisserschen Befunde giebt Goldschmidt (ref. in *Hygien. Rundschau*, Bd. I. S. 995, citiert aus Virchow-Hirsch). Es kamen 75 Nürnberger Prostituierte zur Untersuchung. Jede von ihnen wurde wiederholt in meist wöchentlichen Intervallen untersucht. Sie schienen völlig gesund und hatten bisher die Kontrolle anstandslos passiert. Von diesen 75 waren 58 bei jeder Untersuchung frei von Gonokokken. Bei 17 dagegen d. i. bei 22,6 % der Frauen fanden sich solche wohl charakterisiert im Sekrete der Urethra oder des Cervix. Bei etwa der Hälfte fanden sich die Gonokokken konstant bei jedesmaliger Untersuchung, bei den übrigen war der Befund ein wechselnder.

Büttner (Inaug.-Diss., Dorpat 1892) untersuchte 35 Prostituierte Dorpats und fand 19 d. i. 54,28 % blennorrhoisch. Er schlieſst: „Eins scheint mir doch mit Sicherheit hervorzugehen, nämlich, daſs mehr als 34,78 % der in Dorpat ihrem Gewerbe nachgehenden Prostituierten blennorrhoisch infiziert und also auch fähig sind, die Blennorrhoe auf Gesunde zu übertragen.

Laser (*Deutsche med. Wochenschr.* 1893. XIX. 37) berichtet über seine Untersuchungen an 197 Prostituierten Königsbergs. Die Urethra wurde 353 mal untersucht. Positiven Gonokokkenbefund gaben 112 Fälle, also 31,7 %. [In 61 Fällen lag auch nicht der mindeste Verdacht auf Blennorrhoe vor, also bei 17,2 %.] Unter 67 Präparaten des Cervix wiesen 21 Gonokokken auf. In 180 Präparaten der Vagina waren 7 mal Gonokokken zu finden.

Die Arbeit Carrys (le gonococcus de Neisser au service sanitaire de Lyon; étude sur la blennorrhagie de la femme. *Lyon méd.* XXVI. 1894) war mir im Original nicht zugänglich. Dem Referat in den

Monatsh. f. pr. Dermat. von UNNA entnehme ich, dafs Gonokokken etwa in $^1/_3$ aller Fälle gefunden wurden. Untersucht wurden 278 Mädchen mit eitrigem Ausfluſs. Von den 327 Untersuchungen waren 94 positiv, 233 ohne Ergebnis. Der Gonococcus wurde zweifellos in 87 Fällen konstatiert.

KOPYTOWSKI (*Arch. f. Dermat. u. Syph.* Bd. 32) untersuchte allein das Cervicalsekret und konstatierte, dafs bei den polizeilich für gesund anerkannten Prostituierten die Gonokokken in 8 % der Fälle festzustellen waren.

PRYOR (Latent Gonorrhoea in women, *Journ. of cutan. and genito-urinary Dis.* 1895, ref. in *Baumgartens Jahresberichten*) hat bei Prostituierten Untersuchungen angestellt und kommt zu dem Resultat, dafs unter 197 Frauen 31,3 % Cervical- und über 50 % Urethral-Blennorrhoe hatten.

P. GAUER (*Beiträge z. Dermat. u. Syph., Festschrift für G. Lewin.* 1895) untersuchte bei 176 Kranken — darunter 32 Prostituierte — der Charité in Berlin das Urethralsekret auf Gonokokken und erhielt in 53 Fällen ein positives Resultat. In 69 Fällen erfolgte die Sekretuntersuchung nur 1 mal, es konnten Gonokokken in 13 Fällen = 18,8 % der Fälle nachgewiesen werden. Die übrigen 107 Fälle ergaben bei einer häufigeren Exploration (bis 9 mal) in 40 Fällen = 37,6 % einen positiven Befund.

SCHULTZ (*Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1896) untersuchte auf der Abteilung von RÓNA in Budapest 174 Kranke und fand bei 104 derselben Gonokokken bei wiederholter in mehrtägigen Intervallen vorgenommenen Untersuchung. In der Urethra fand er bei 77 Kranken = 44,2 % aller Kranken und im Cervix bei 82 = 47,1 % aller Kranken überhaupt Gonokokken.

Schliefslich liegen von HAMMER (*Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1897) in Stuttgart umfangreiche Untersuchungen über Gonokokkenbefunde bei Prostituierten vor. Hier sei soviel mitgeteilt, dafs 1838 Präparate aus der Urethra von 112 Inscribierten untersucht wurden. Gonokokken fanden sich 48 mal, d. i. in 2,61 % aller Präparate bei 41 verschiedenen Inscribierten.

Was den Cervix uteri betrifft, so fanden sich in 20 von 931 Präparaten unzweifelhafte Gonokokken.

Die Zusammenstellung dieser Befunde zeigt, dafs durchschnittlich über 30 % der Prostituierten bei mikroskopischer Untersuchung blennorrhoekrank befunden wurden. Den gröfsten Procentsatz von Blennorrhoen der Urethra fanden SCHULTZ mit 44 % und PRYOR über 50 %.

Die bei den Hamburger Prostituierten gefundene Zahl von 38,57 % hält ungefähr die Mitte. Mit den Ergebnissen der NEISSERschen Unter-

suchungen ergiebt sich eine völlige Übereinstimmung, insofern Neisser 1888 bei einem weit gröfseren Materiale 40% blennorrhoekranker Prostituierter feststellte. 1889 fand Neisser, als nur das Urethralsekret untersucht wurde, 19% Blennorrhoen; auch diese Zahl stimmt auffallender Weise mit der von uns gefundenen von 19,1% überein. Ebenso zeigen sich die von Gauer gefundenen Zahlenwerte in Einklang mit den von Neisser und uns gefundenen Zahlen.

Ferner kann darüber kein Zweifel bestehen, dafs bei den Prostituierten, bei denen Gonokokken gefunden wurden, in einem grofsen Procentsatz — wir fanden 35% — klinische Symptome der Blennorrhoe fehlten. Auch dieser Befund bestätigt die Angabe Neissers, wonach 37,76% Blennorrhoen allein durch die mikroskopische Diagnose festgestellt wurden. —

Soweit reichen die thatsächlichen Befunde. Was haben wir nun mit diesen Zahlen gewonnen? Sind durch den Gonokokkennachweis die infektiösen Prostituierten von den nicht infektiösen gesondert? Es verlohnt sich, an dieser Stelle einen Blick zu werfen auf diejenigen, bei denen keine Gonokokken bei der mikroskopischen Untersuchung gefunden wurden, und zu überlegen, ob diese als ungefährlich zu betrachten sind und wir sicher sein dürfen, dafs von ihnen keine Blennorrhoe übertragen wird.

Unter allen Umständen mufs zugegeben werden, dafs der positive Befund von Gonokokken die Infektiosität eines Falles beweist; es ist aber ebenso zweifellos, dafs bei Prostituierten, die alle Blennorrhoe, zum Teil mehrfache Blennorrhoen überstanden haben, der negative Ausfall der Untersuchung die Infektiosität nicht ausschliefst. Die Untersuchung pathologischer Se- und Exkrete beispielsweise auf Tuberkelbacillen lehrt unzweideutig, wie vorsichtig man bei Beurteilung des Untersuchungsmateriales sein mufs. Solche Untersuchungen lehren, dafs häufig erst nach langem, erfolglosem Suchen doch zweifellose Tuberkelbacillen schliefslich gefunden werden können und das selbst, wenn die mikroskopische Untersuchung negativ ausfällt, unter Umständen endlich erst der Tierversuch beweist, dafs doch infektionsfähiges Material vorgelegen hat. Bei der Blennorrhoe sind wir leider nicht in der Lage durch Impfversuche unzweideutig den Beweis fehlender oder vorhandener Infektiosität der Sekrete erbringen zu können. Aber die klinische Erfahrung sowohl, wie der eben herangezogene Vergleich mit der Tuberkulose genügen, um zu zeigen, dafs es nicht angängig ist, bei negativem Ausfall der Untersuchung die Infektiosität eines Falles auszuschliefsen. Um so vorsichtiger müssen wir in dieser Beziehung sein, als wir durch die Untersuchungen von Bumm und Wertheim wissen, dafs die Gonokokken intermittierend auftreten können und dafs während des Ablaufs der blennorrhoischen Schleimhauterkrankung Phasen vorhanden sein können, die durch das

Fehlen von Gonokokken in den Sekreten ausgezeichnet sind. Ferner ist es denkbar — dafs da, wo überhaupt nur spärliche Gonokokken vorhanden sind — diese dem Auge des Untersuchers entgehen, und schliefslich wäre es möglich, dafs schlecht färbbare Involutionsformen von Gonokokken in den Sekreten vorhanden wären, die bei der Untersuchung zwar nicht gefunden würden, die aber auf eine empfängliche Schleimhaut übertragen, doch zu einer spezifischen Entzündung Veranlassung geben könnten.

Behalten wir diese Momente im Auge, so sind wir gezwungen anzunehmen, dafs eine scharfe Trennung zwischen infektiösen und nichtinfektiösen Puellen durch die mikroskopische Untersuchung nicht erreicht wird; die Scheidung ist keine vollkommene und ein Teil der infektiösen Prostituierten wird bei der mikroskopischen Untersuchung frei ausgehen und nicht erkannt.

Eine weitere Frage wäre die, ob alle Prostituierten, bei denen Gonokokken nachgewiesen wurden, als wirklich krank anzusehen sind? Nach den Untersuchungen von Bumm und Jadassohn[2] würde diese Frage unbedingt bejaht werden müssen. Die anatomischen Veränderungen der Schleimhäute können vielleicht so geringfügiger Natur sein, dafs sie mit bloßem Auge überhaupt nicht erkennbar sind. Wir müssen aber ihre Existenz annehmen, denn, so führt Jadassohn aus, „der Beweis, dafs die Gonokokken auch dann weiterwuchern, wenn sie auch nicht zeitweise mehr die Möglichkeit haben, irgendwo auf dem Gewebe festen Fufs zu fassen, ist nicht zu erbringen."

Es fragt sich aber, ob speziell für die Prostituierten diese Annahme Geltung hat und ob sie nicht Gonokokken auf ihren Schleimhäuten beherbergen können, ohne selbst krank zu sein?

Gewifs liegen bei der Blennorrhoe andere Verhältnisse vor als bei der Diphtherie, die Jadassohn zum Vergleich heranzieht. Es gelingt nicht, nach Ablauf des eigentlichen Krankheitsprozesses noch Wochen oder Monate lang auf den zur Norm zurückgekehrten Schleimhäuten Gonokokken nachzuweisen. Dafür hat aber die Prostituierte täglich Gelegenheit, sich von neuem mit blennorrhoischem Materiale zu infizieren, und täglich kommen ihre Schleimhäute aufs neue mit infektiösen Sekreten in Berührung. Es wäre daher sehr wohl möglich, dafs die Puella infektiös wäre, ohne selbst krank zu sein, und dafs sie, auch ohne anatomische Schleimhautveränderungen aufzuweisen, lediglich die Rolle einer Vermittlerin der blennorrhoischen Infektion spielen könnte.[3] Wir

[2] Jadassohn, Über Immunität und Superinfektion bei chronischer Blennorrhoe. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 48.

[3] Dafs eine Übertragung von Infektionen auf diese Weise — bei anatomisch intakter Vaginalschleimhaut — möglich ist, kann nicht bezweifelt werden. Eine Beobachtung dieser Art, wobei es sich um die Übertragung eines venerischen Geschwürs handelte, teilt Ricord mit. Eine Frau überträgt den Schanker auf ihren

wissen darüber nichts, ob und wie oft unter solchen Umständen der mikroskopische Gonokokken-Nachweis gelingen kann. Jedenfalls mufs aber die Möglichkeit offen gehalten werden, dafs die Puella im stande ist, die Blennorrhoe zu verbreiten, ohne selbst blennorrhoekrank zu sein. Es würde daraus ohne weiteres folgen, dafs der Gonokokken-Nachweis keine Scheidung zwischen gesunden und kranken Puellen erlaubt. Selbst dann aber, wenn man dies nicht zugestehen wollte und annehmen, dafs alle infektiösen Puellen auch wirklich krank wären, so würde doch mindestens — wie wir oben bereits gezeigt haben, ein Teil der infektiösen und daher kranken Puellen der Entdeckung bei der mikroskopischen Untersuchung entgehen und auch so keine scharfe Trennung erreicht werden.

Die Zahl der Prostituierten, bei denen sich Gonokokken nachweisen lassen, deckt sich daher weder ausschliefslich mit der, die als infektiös, noch auch mit der Zahl derer, die als sicher krank angesehen werden müssen.

Von praktischer Wichtigkeit dürfte es sein, hier noch einmal hervorzuheben, dafs gerade der gröfste Teil derjenigen Prostituierten, die Gonokokken in ihren Sekreten bergen, keine klinischen Zeichen einer bestehenden blennorrhoischen Erkrankung bieten, und dafs diejenigen, die eitrige Katarrhe der Urethra und des Cervix zeigen, sich bei der mikroskopischen Untersuchung bis zu einem gewissen Procentsatz frei von Gonokokken erweisen. Es steht mithin die Zahl der Gonokokken-Befunde auch in gar keinem Verhältnis zur Zahl der klinisch erkennbaren eitrigen Katarrhe der Genitalwege.

Wie grofs ungefähr der Procentsatz infektiöser bezw. kranker Prostituierter ist, der bei der mikroskopischen Sekretuntersuchung unentdeckt bleibt, läfst sich auch nicht annähernd bestimmen, es fehlt dafür jeder Anhaltspunkt.

Wir wissen nur, dafs etwa 40% der Puellen Gonokokken in ihren Sekreten beherbergen. Für die Prophylaxe der Blennorrhoe würde es daher von Wichtigkeit sein, wenn diese 40% dem öffentlichen Verkehr entzogen würden. Diese Forderung ist gewifs eine berechtigte; sie schliefst aber eine andere Forderung mit ein, nämlich die, diese 40% Puellen einer schnellen und sicheren Heilung entgegenzuführen. Dies ist der Punkt, der von entscheidender Bedeutung in der ganzen Angelegenheit wird. Gelänge es, die Blennorrhoe so sicher zu heilen und ihrer Ansteckungsfähigkeit zu berauben, wie dies bei der Heilung eines Ulcus molle

---

Ehemann, nachdem sie vorher mit einem kranken Individuum verkehrt hat. Sie selbst bleibt völlig gesund.

Die Experimente Cullerier's (Des affections blennorrhagiques, Paris, 1861, p. 44—49) sprechen in demselben Sinne.

oder einer Schleimpapel der Fall ist, so würde alles darangesetzt werden müssen, mit Hülfe des Mikroskops die Krankheit zu erkennen und die Quelle fortwährender Infektionen zum Versiegen zu bringen.

Leider ist es mit der Blennorrhoetherapie nicht so bestellt. Die Schwierigkeit derselben ist bei Gelegenheit des Vortrages von Behrend in der Medizinischen Gesellschaft in Berlin hinreichend gewürdigt und allseitig anerkannt worden.

Auch Neisser giebt zu, dafs die Heilung der Blennorrhoe des Weibes zu den schwierigsten Aufgaben des Arztes gehöre. Er entläfst die Kranken erst dann aus der Behandlung, wenn nach dreimaliger Untersuchung der Sekrete in dreitägigen Intervallen keine Gonokokken mehr gefunden wurden. Er betrachtet auch dies nur als einen Notbehelf. „Immerhin" — sagt Lappe in seinen statistischen Beiträgen zur Blennorrhoe der Prostituierten in Breslau (*Allgem. med. Centralzeitung*, 1897) — „mufs zugegeben werden, dafs trotz aller dieser Vorsichtsmafsregeln die Möglichkeit einer vorzeitigen Entlassung und eines Recidivs nach der Entlassung nicht mit vollständiger Sicherheit ausgeschlossen werden kann". — Aus seinen Zusammenstellungen berechnet L. 45,4% wirklich im Hospital geheilte Blennorrhoen.

Dieses Resultat mufs gewifs als ein aufserordentlich günstiges bezeichnet werden, ja als ein so günstiges, dafs es kaum in Einklang zu bringen ist mit unseren sonstigen Erfahrungen über die Heilung der Blennorrhoe. Es zeigt aber doch, dafs mehr als die Hälfte der im Hospital internierten Puellen noch mit infektiösen Sekreten das Hospital wieder verlassen haben.

Nach diesen Erörterungen sind wir — glaube ich — in der Lage, uns ein Bild davon machen zu können, was durch eine wöchentlich vorgenommene mikroskopische Sekretuntersuchung würde gewonnen werden.

Von vornherein würde es unmöglich sein, eine so scharfe Kontrolle zu üben, dafs wirklich nur diejenigen Prostituierten zu ihrem Gewerbe zugelassen würden, die nicht infektiös wären. Was diejenigen Prostituierten betrifft, die nachweisbar blennorrhoisch sind, so würde eine einmalige wöchentliche Untersuchung nur die Auffindung etwa der Hälfte von diesen gestatten. Von diesem Teil würde, wie der Erfolg der Therapie zeigt, noch nicht die Hälfte das Hospital „geheilt" verlassen.

Das Resultat einer einmaligen Untersuchung würde demnach ein wenig ermutigendes sein. Vielleicht liefse sich aber durch fortgesetzte weitere Sekretuntersuchungen ein zufriedenstellendes Resultat erhoffen und der Weiterverbreitung der Blennorrhoe erfolgreich entgegenarbeiten.

In dieser Beziehung glaube ich, darf man sich nicht allzu grofsen Erwartungen hingeben. Die Puella setzt sich nach ihrer Entlassung der Ansteckungsgefahr im weitesten Umfange wieder aus; sie kann sich von neuem infizieren, die geheilte Blennorrhoe kann recidivieren und selbst, wenn sie „völlig geheilt" das Krankenhaus verlassen hätte, würde doch nach 24 Stunden eine Garantie ihrer Nichtinfektiosität nicht mehr übernommen werden können. Dazu kommen die Schwierigkeiten des Gonokokkennachweises, die dadurch erhöht werden, dafs die Puella den Arzt zu täuschen versteht. Sie kann vielleicht an der Beschaffenheit des Cervikalsekretes nichts ändern, aber sie kann die Urethra und die Bartholinischen Drüsen so ausdrücken, dafs auch nicht eine Spur Sekret bei der Untersuchung zu finden ist. Diese Manipulationen fallen nicht so sehr ins Gewicht, wenn die Untersuchungen im Krankenhause vorgenommen werden, weil hier häufiger Gelegenheit zu Untersuchungen geboten ist; wohl aber würden sie aufserhalb des Krankenhauses das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung wesentlich beeinträchtigen können.

Scholz (*Vierteljahrsschr. f. gerichtliche Medizin*, 1892) teilt mit, dafs bei den regelmäfsigen Sekretuntersuchungen in Breslau, Februar 1890, schliefslich unter 563 Prostituierten nur 20 = 3,7% tripperkrank gefunden wurden. Es war das die niedrigste Erkrankungsziffer, die zur Beobachtung kam. Auffälligerweise nahmen auch die Blennorrhoen in der Breslauer Garnison in der Zeit erheblich an Zahl ab. Es fehlt leider an weiteren Mitteilungen, ob die Zahl der Blennorrhoen beim Manne in Breslau in den letzten Jahren dauernd niedrig geblieben ist. Es wäre eine dankenswerte Aufgabe, aus den einzelnen Krankenhäusern Breslaus hierüber statistische Daten zu sammeln und mitzuteilen.

Sollte es sich hierbei herausstellen, dafs die Blennorrhoen beim Manne in der That erheblich und dauernd an Zahl abgenommen haben,[4] so würde

---

[4] Selbstverständlich würde hierbei der Nachweis erbracht werden müssen, dafs die Verminderung der Zahl an Blennorrhoen beim Manne lediglich als Folge der genaueren Untersuchung und wirksameren Behandlung der Blennorrhoe der Prostituierten betrachtet werden mufs und dafs nicht andere Faktoren mitgewirkt haben, die geeignet waren, die Zahl der Blennorrhoen beim Manne herabzudrücken. Ein solcher Beweis dürfte sehr schwierig zu erbringen sein.

In Hamburg sind die Prostituierten bisher niemals regelmäfsig auf Gonokokken untersucht worden, trotzdem hat die Zahl der auf der Abteilung des Herrn Dr. Engel-Reimers zur Behandlung kommenden Blennorrhoen des Mannes stetig abgenommen.

1891	kamen	1699	männliche	Geschlechtskranke zur Aufnahme, darunter 694 = 40,8%	Blennorrhoen.
1892	„	1612	„	„ 623 = 38,7%	„
1893	„	1712	„	„ 572 = 33,4%	„
1894	„	1569	„	„ 520 = 33,1%	„
1895	„	1557	„	„ 539 = 34,6%	„
1896	„	1598	„	„ 499 = 31,2%	„
1897	„	1773	„	„ 546 = 30,7%	„

darin unter Umständen ein Beweis für die Richtigkeit des eingeschlagenen Weges der Blennorrhoeprophylaxe erkannt werden können.

Kann aber dieser Beweis nicht erbracht werden, so ist nur zweierlei möglich: entweder der niedrigen Erkrankungsziffer der Prostituierten haften wesentliche Fehlerquellen an — oder: die Prostituierten tragen überhaupt nicht in dem Maſse Schuld an der Verbreitung der Blennorrhoe, wie bisher angenommen wurde

Dieser letztere Punkt ist insofern einer Beachtung wert, als die inskribierten Prostituierten in groſsen Städten nur einen Bruchteil derjenigen weiblichen Personen bilden, die mehr oder weniger vom Gewerbe der Unzucht leben.

Daſs unter den Umhertreiberinnen ein groſser Procentsatz an Blennorrhoe leidet, haben die eigenen Untersuchungen klar ergeben.

Es wäre daher noch zu erwägen, ob die mikroskopischen Sekretuntersuchungen der Puellen nicht deshalb aussichtslos wären, weil sie gar nicht die wesentliche Quelle der Verbreitung der Blennorrhoe träfen.

Es verlohnt, an dieser Stelle sich zu vergegenwärtigen, welche Umwandlung das Kontrollwesen erfahren müſste, wenn die Neisserschen Forderungen zu allgemeiner Durchführung gelangen sollten.

Voraussetzung wäre das Vorhandensein geeigneter, heller Untersuchungsräume, ausgestattet nur mit dem notwendigsten Instrumentarium zur mikroskopischen Untersuchung Die Zahl der Kontrollärzte würde vermehrt werden müssen, da jeder in 2 Stunden nur etwa 20 Prostituierte abfertigen könnte. Von jeder Prostituierten würde Neisser die Anfertigung von 5 mikroskopischen Präparaten für notwendig erachten, von dem Sekret der Urethra, beider Bartholinischen Drüsen, des Cervix und des Rectums. Für die ca. 570 inskribierten Puellen Hamburgs würde dies für jede Woche die ermüdende Arbeit einer Anfertigung und Durchsicht von $570 \times 5 = 2850$ mikroskopischen Präparaten erfordern.

Wie bei einer derartigen Umwandlung des Kontrollwesens die Kosten wachsen würden, davon giebt die Mitteilung Hammers ein Bild, daſs die jährlichen Ausgaben der Polizeikasse in Stuttgart von 1280 Mark im Jahre 1890/91 auf 13 500 Mark im Jahre 1895/96, also über das zehnfache wuchsen. Unter diesen Umständen kann an eine Änderung des Kontrollwesens zunächst gar nicht gedacht werden.

Vollkommen aussichtslos muſs es erscheinen, unter den jetzigen Verhältnissen in wöchentlichen oder gar nur monatlichen Pausen in ungeeigneten Räumen, bei mangelhafter Beleuchtung und einer übergroſsen Zahl zur Untersuchung kommender Prostituierter Sekretuntersuchungen vornehmen zu wollen.

Ob ein Erfolg dann erhofft werden dürfte, wenn allerorts eine strenge mikroskopische Kontrolle dem Vorschlage Neissers entsprechend organisiert

würde, ist zur Zeit gar nicht möglich zu übersehen, jedenfalls würde auch so keine radikale Beseitigung der Infektionsgefahr erreicht werden. Denn 1. würde, wie wir gezeigt haben, ein Teil infektionsfähiger Puellen unentdeckt bleiben, und 2. würde bei einem weiteren Teile die Therapie versagen. Schliefslich liegen von keiner Seite her Mitteilungen vor, dafs überhaupt schon auf diesem Wege Erfolge erreicht wären und eine Verminderung der Zahl männlicher Blennorrhoen beobachtet worden wäre.

In der Neisserschen Klinik wurden 54,6% Blennorrhoen nicht geheilt. In diesen Fällen hatte auch die mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken keinen praktischen Wert.

Fallen die Sekretuntersuchungen fort und tritt lediglich die klinische Untersuchung in ihr Recht, so wird selbstverständlich die Zahl nachweisbar infektiöser Puellen eine gröfsere.

Hierin Wandel zu schaffen auf eine Weise, deren Erfolg durchaus nicht sicher, deren Kosten enorm hohe sind, ist nicht gerechtfertigt. — Zunächst wird bei den kontrollärztlichen Untersuchungen der Prostituierten der klinische Standpunkt wie bisher mafsgebend bleiben müssen. Hierbei wird — ebenfalls wie bisher — mit gröfstmöglichster Strenge zu verfahren und jede Puella dem Krankenhause zu überweisen sein, die nur im geringsten blennorrhoeverdächtig ist.

Die Sekretuntersuchungen haben das Gute gehabt, dafs sie die Quellen zahlreicher Infektionen aufgedeckt haben. Die endgültige Lösung der Frage aber, wie diese Infektionsquellen zu beseitigen seien, bleibt nach wie vor der Zukunft vorbehalten.

Aus der Praxis.

Die Eisbehandlung der Epididymitis blennorrhoica.

Von

P. G. Unna.

Ich hatte in den letzten Jahren öfter Gelegenheit, sowohl von Ärzten wie Patienten den Ausspruch zu hören, dafs die Eisbehandlung bei der blennorrhoischen Epididymitis nicht von erheblichem Nutzen sei, resp. ihnen nichts genützt habe. Da ich entgegengesetzter Meinung bin und seit Anfang meiner Praxis diese Behandlung in geeigneten Fällen mit Vorliebe und stets mit dem erwarteten Nutzen durchgeführt habe, so vermute ich, dafs die weniger günstigen Urteile von einer mangelhaften

Technik herrühren. Denn allerdings kommt auf die Art der letzteren bei dieser Behandlung alles an. Eine kurze Darstellung meiner Methode der Eisanwendung dürfte daher vielleicht manchen Fachkollegen auch dann interessieren, wenn nichts Neues darin enthalten sein sollte.

Wenn ein Patient in akuter und starker Weise an blennorrhoischer Epididymitis erkrankt, über heftige Schmerzen klagt, die vom Hoden nach der Leiste und dem Rücken ausstrahlen, an Schlaflosigkeit leidet, in seinem Allgemeinbefinden rasch herabkommt und vielleicht auch leicht fiebert, so ist, falls er sich die nötige Ruhe gönnen kann, die tags und nachts im Bette durchzuführende Eisbehandlung die beste und schnellste Therapie, die es giebt. Sie ist nicht weniger empfehlenswert in ganz milden akuten sowie in schon länger bestehenden chronischen Fällen; nur werden sich die Patienten dann nicht so leicht dazu verstehen, das Bett einige Tage lang zu hüten. Immerhin kann man aber auch in solchen Fällen durch eine bloſs nachts hinzugefügte Eisbehandlung, zusammen mit einer Salben- oder Dunstverbandbehandlung bei Tage, die Heilung sehr beschleunigen.

Der ganze Sinn der Eisbehandlung besteht in der Entfesselung der latenten Kraft der Tunica dartos zur Kompression des Hodens und Nebenhodens und damit zur Resorption des Exsudates. Die Eisbehandlung reiht sich also den übrigen krompimierenden Behandlungsmethoden an, nur ist sie die naturgemäſseste und am raschesten wirkende. Um einen solchen Effekt zu erreichen, muſs aber auch die Tunica dartos durch das Eis zu einer permanenten, maximalen Kontraktur gezwungen werden. Eine bloſse Abkühlung der Haut etwa durch auf Eis gekühlte Tücher, durch mit Eis gekühltes Bleiwasser, durch einfach aufgelegte, sich rasch erwärmende Eisblasen u. dergl. — Prozeduren, die ich oft genug unter dem Namen Eisbehandlung habe ausführen sehen — besitzt natürlich nicht die geringste Wirkung auf das Exsudat und kann höchstens als lokal schmerzstillendes Mittel gelten.

Dagegen kann man mit sehr einfachen Mitteln das Ziel erreichen. Es gehören dazu nur täglich einige Pfund Eis, eine mittelgroſse oder groſse Eisblase, $^1/_2$ m wasserdichtes Zeug und ein Tonnenband.

Da das Eis nachts niemals ausgehen darf, so hat man dem Patienten zuerst zu sagen, wie man Eis konserviert, was auch gebildete Laien nicht zu wissen pflegen. Man muſs ihn daran erinnern, daſs Eis, in einem Gefäſse in seinem Schmelzwasser liegend, unaufhörlich schmilzt, daſs es sich dagegen tagelang hält, wenn das Schmelzwasser abflieſsen kann. Man bindet also ein grobporiges Tuch trommelfellartig über einen Eimer, legt das Eis darauf und bedeckt es mit einem Stück Flanell oder wollenem Zeug. Alle zwei bis drei Stunden muſs eine neue Portion Eis für die Eisblase klein geklopft werden, sowohl nachts wie tags über. Die Eis-

blase darf nur mäfsig und mit nicht zu kleinen Stücken gefüllt werden, da letztere zu rasch schmelzen; auch ist es gut, von Zeit zu Zeit das gebildete Schmelzwasser abzugiefsen. Wird die Eisblase prall mit Eis gefüllt, so liegt sie dem Hodensack nur mit einer kleinen Fläche an, ist sie dagegen halb gefüllt und genügend grofs, so kann man den ganzen Hodensack in die Eisblase so hineinlagern, dafs er ganz von Eis umgeben ist. Ein anderer wichtiger Punkt ist die Lagerung des Hodens; natürlich mufs derselbe hoch liegen, nicht zwischen den Beinen, sondern oberhalb und möglichst kühl. Hierzu legt sich der Patient so auf ein gewöhnliches Handtuch, dafs letzteres quer unter beiden Oberschenkeln durchgeht und über denselben zusammengeschlagen, straff angezogen und mit einer Sicherheitsnadel zusammengesteckt werden kann. Auf diese improvisierte Schwebe legt man nun zunächst ein Stück wasserdichtes Zeug und dann den Hodensack, den man nun allseitig mit der wohlpräparierten Eisblase umgiebt. Ganz zweckmäfsig ist es und angenehm für den Patienten, wenn auch nicht gerade notwendig, zwischen Hodensack und Eisblase eine dünne in Bleiwasser getauchte Lage Watte oder Verbandmull einzuschieben, sodafs der Hodensack beständig von eiskaltem Bleiwasser direkt umgeben ist. Der Vorteil liegt darin, dafs jeder Punkt der gerunzelten Hautfläche besser mit der Kälte in Kontakt kommt und dafs die Verdunstungskälte des Bleiwassers sich zur Abkühlung hinzuaddiert. Besonders für diese Bleiwasseranwendung ist die wasserdichte Unterlage nötig. Ein letzter wichtiger Punkt liegt nun in dem Fernhalten der allgemeinen Bettwärme von dem Orte der Eisbehandlung ohne den Patienten zu erkälten. Hierzu braucht man ein gewöhnliches Tonnenband, welches mit den freien Enden in beide Bettseiten so eingesteckt wird, dafs sein Scheitelpunkt über der Eisblase liegt. Er hält die Bettdecke und ihr Gewicht ab und stellt zugleich einen geräumigen Luftraum her, in welchem das Bleiwasser gut verdunsten kann und das Eis sich viel länger hält. Endlich hat man den Vorteil, dafs man mittelst eines Bindfadens die Eisblase an ihm in der Schwebe halten kann, sodafs deren Gewicht den Patienten, auch wenn er noch so empfindlich ist, nicht belästigt.

Durch Befolgung dieser kleinen, einleuchtenden Regeln ist es mir noch stets gelungen, selbst massige Exsudate mit der blofsen Eisbehandlung zu beseitigen. Nicht genug wissen die Patienten die sofortige Schmerzerlösung zu loben, welche dieser Form der Eisbehandlung folgt. Verschlafen sie einmal das Schmelzen des Eises und wird die Tunica dartos wieder schlaff, so wachen sie alsbald mit Schmerzen auf und verlangen dringend nach dem Eise. Mit dem örtlichen Nachlafs der Schmerzen bessert sich auch das Allgemeinbefinden wie mit einem Schlage, es schwinden die ausstrahlenden Schmerzen, Fieber und Schlaflosigkeit und

der Patient wird nur an sein Leiden erinnert, wenn er einmal auf kurze Zeit sein Bett verlassen muſs.

Kann die Eisbehandlung nur nachts durchgeführt werden, so muſs man bei Tage ambulante Behandlung einleiten, die sich mit ersterer verträgt. Hierzu passen vor allem die folgenden: ein etwas komprimierender, einfacher oder mit Bleiwasser getränkter Dunstverband, oder eine Einreibung mit Jodvasogen mit oder ohne darüber gelegten Dunstverband, oder auch eine einfache Einpinselung mit Ichthyolkollodium (10%). Die letztere Behandlung allein ist im letzten Jahre in meiner Poliklinik systematisch bei allen Epididymitiden und mit gutem Erfolge durchgeführt worden. Man kann sie ganz gut mit der nächtlichen Applikation von Eis oder Bleiwasser verbinden.

Die nächtliche Eisbehandlung noch einige Zeit beizubehalten empfiehlt sich auch in allen Fällen, in denen zunächst durch konsequente Eisbehandlung der entzündliche Tumor beseitigt ist.

Anhangsweise will ich bemerken, daſs die hier beschriebene Eisbehandlung nicht nur bei entzündlichen Hodenerkrankungen empfehlenswert ist, sondern auch bei nervösen, wie sie beispielsweise die Varicocele öfters begleiten, und endlich bei Erschlaffung der Tunica dartos. Mehrfach haben mir solche Patienten versichert, daſs sie mit der Eisblase besser einschlafen könnten als ohne dieselbe.

Versammlungen.

Mitteilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Leprakonferenz zu Berlin im Oktober 1897.

II. Band.

Der zweite Band enthält den Bericht über die eigentlichen Verhandlungen, der in abgekürzter Form seiner Zeit vom Referenten in dieser Zeitschrift gegeben worden ist (siehe Band XXV).

III. Band.

Eine groſse Reihe ergänzender Arbeiten ist in dem umfangreichen dritten Bande vereinigt. Zunächst bringt derselbe wieder Beiträge über die geographische Verbreitung der Lepra, und zwar von P. Kübler (Allgemeine Bemerkungen über Geographie der Lepra), Isidor Neumann (Bosnien und Herzegowina), A. Grünfeld (Gebiet der Donschen Kosaken), G. Zwingmann (Gouvernement Kursk in Rufsland), N. Kalindero (Rumänien), Petrini (Rumänien), Mitaftsis (Griechenland), Jadassohn (Schweiz), Falcao (Portugal), Gémy und Raynaud (Spanien), Jeanselme (Frankreich und seine Kolonien), Abraham (Groſsbritannien), Dyer (Louisiana), Kitasato (Japan), Thompson (Hawai), Köhler (Provinz Posen). — Sodann folgen Arbeiten zur Nosologie und Bekämpfung der Lepra:

Über die Initialerscheinungen der Lepra, von PETERSEN. Verfasser resümiert folgendermafsen: Fafst man unter Initialerscheinungen die ersten äufserlich sichtbaren Symptome der Lepra zusammen, so mufs man die ersten Veränderungen auf der Haut bereits als den Ausdruck einer Allgemeininfektion des Körpers ansehen. Über die Vorgänge an der Invasionspforte ist wenig zu sagen, da wir über letztere wenig wissen. Meistens sind rote Flecke auf der Haut die ersten Symptome (Erythema leprosum); sie treten bei der tuberösen Lepra namentlich im Gesicht (68,8%), bei der makulös-nervösen an den Extremitäten (76%) symmetrisch oder asymmetrisch auf. Erst später entwickeln sich bei der tuberösen Form Knoten; nur selten sind ihnen keine Erythemflecken vorausgegangen. Die Schleimhäute können schon früher erkranken als die Haut, besonders die Nasenschleimhaut; hier ist dann wohl auch der locus infectionis zu suchen. Die Schleimhäute sind deshalb sehr sorgsam zu durchmustern; wo sie erkrankt gefunden werden, ist zur Behandlung Acidum lacticum purum am meisten geeignet.

Ätiologische Bedeutung 1. der Vererbbarkeit, 2. der Übertragbarkeit, von ERNEST BESNIER. Eine ausführliche Darstellung und Begründung der vom Verfasser auf der Konferenz geäufserten Anschauungen mit daranschliefsenden Vorschlägen für die Prophylaxe. Aus diesen sei hervorgehoben die Betonung der Aufklärung des Volkes, die Schaffung von leprologischen Instituten zur Ausbildung der auf dem Gebiete wissenschaftlich durchgebildeten Ärzte, die Anpassung der Mafsnahmen an die betreffenden örtlichen Verhältnisse, die Notwendigkeit der Wahrung der Gesetze der Humanität bei allen prophylaktischen Mafsnahmen.

Die Lepra anaesthetica; die Veränderungen der Medulla; ihr klinisches Bild; ihre Beziehungen zur Syringomyelie und zur MORVANschen Krankheit, von N. KALINDERO. Verfasser kommt zu der Anschauung, dafs der Symptomenkomplex der Syringomyelie mehreren Nervenerkrankungen seine Entstehung verdanken kann, darunter auch der Lepra. Das Entscheidende ist die Anwesenheit des Leprabacillus, der bei lepröser Erkrankung nicht fehlen darf. Von einer Identität der Sklerodermie mit der Lepra kann nach Verfasser keine Rede sein, wenn auch die Lepra vielleicht trophoneurotische Veränderungen der Haut erzeugen kann, die sich als Sklerose kennzeichnen. — Der Ainhum könnte als kongenitale Lepra angesehen werden, wenn es gelänge, den Leprabacillus dabei nachzuweisen.

Die Sensibilitätserscheinungen bei der Lepra, von M. E. JEANSELME. Der Anästhesie widmet Verfasser auf Grund von Beobachtungen an 25 Kranken seine Betrachtungen, und zwar der mit Eruptionen einhergehenden wie der von solchen unabhängigen. Erstere ist vollkommen oder unvollkommen dissociiert. Letztere (neuritische Anästhesie) ist symmetrisch, steigt von den Extremitätenenden nach deren Wurzel auf, betrifft weniger die tieferen Hautteile als die oberflächlichen; anfangs bandförmig, neigt sie dazu, den segmentären Typus anzunehmen. Die Lepraanästhesie an Gesicht und Rumpf ist seltener als diejenige an den Extremitäten. Nur selten sind, wenigstens im Beginne, die verschiedenen Qualitäten der Sensibilität in gleicher Weise zerstört. Hält man einen kalten oder heifsen Gegenstand gegen eine wenig empfindliche Hautstelle, so fühlt der Patient die Berührung oft früher, als ihm der Wärmegrad zur Perception gelangt (asynchronisme thermo-tactile). Nicht selten sind sensible Perversitäten, z. B. die Verwechselung von heifs und kalt. Der Kranke lokalisiert schlecht die Reizstelle. — Die Anästhesie ist nicht an unveränderliche Grenzen gebunden. Man kann zwei Zonen unterscheiden, die „fixe" und die „mobile"; letztere ist vielleicht nur durch eine funktionelle Verwirrung der sensiblen Elemente bedingt. Das Gebiet der Verteilung eines Nervenstammes nimmt die Anästhesie nicht ein. Danach unterscheidet sich die syringomyelitische Anästhesie durch folgende Punkte:

Sie ist oft asymmetrisch, fast immer vom Anbeginn an segmentär, gewöhnlich vollkommen dissociiert und durch eine brüske Grenze von den anliegenden sensibeln Teilen getrennt.

Pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchungen über die erythemato-pigmentären Flecken bei der Lepra, von J. Darier. Aus seinen Beobachtungen und Untersuchungen zieht Verfasser folgende Schlüsse: Die Flecken bei allen Lepraformen stellen einen einzigen Typus dar, welches auch ihr klinisches Aussehen sei (erythematös, pigmentiert, infiltriert). Sie haben eine gleiche und ziemlich charakteristische Struktur, enthalten in der grofsen Mehrzahl der Fälle Bacillen. Durch eine unmerkliche Serie von Abstufungen nähern sie sich den Lepromen, denen sie in Bezug auf bacilläre Entstehung gleichen. Ihre Entstehung ist bedingt durch die Virulenz des Giftes und die Resistenz des Terrains, zwei Faktoren über welche wir nichts Sicheres wissen.

Lepra in Leber und Milz, von P. Musehold. Die während der Leprakonferenz demonstrierten Präparate erläutert Verfasser an dieser Stelle, da seine während der Konferenz gemachten Ausführungen unrichtig wiedergegeben sind. Seine hier niedergelegten Anschauungen gehen dahin, dafs in Leber und Milz die Bacillen sowohl in Zellen (Leber-, Milzzellen), wie in den venösen Kapillaren und in den ersten Lymphbahnen des Bindegewebes (interstitielle Gewebe, Milzbalken) aufzufinden sind. Die im interstitiellen Gewebe der Leber häufig angetroffenen, wie riesige, von „Vacuolen" und Bacillen erfüllte Zellen erscheinenden Gebilde sind am einfachsten als Lymphthrombenkonglomerate, welche bacillenerfüllten, erweiterten Lymphspalten entstammen, zu deuten; dasselbe gilt von den gleichen, hier übrigens viel seltener aufzufindenden Gebilden in der Milz. In der Leber waren die massenhaftesten Bacillenansiedelungen im interlobulären Gewebe zu sehen, in der Milz im retikulären Stützwerk der Pulpa und der Malpighischen Körperchen. Vermutlich werden die Bacillen im kreisenden Blute häufiger nachweisbar sein. Was das Verhältnis der Bacillen zu den Zellen betrifft, so liegen sie weder ausschliefslich intracellulär, noch ausschliefslich extracellulär. (Zwei Tafeln.)

Bemerkungen zur Frage der Leprazellen mit Demonstration mikroskopischer Präparate, von J. Schäffer. An zwei Präparaten zeigt S. die Lagerung der Bacillen in Zellen im Beginne, bevor dieselben noch so vollgepfropft sind. Dabei bemerkt Verfasser, dafs unter dem Namen Leprazellen noch verschiedene Dinge verstanden werden, und es ihm zweifelhaft ist, ob die Globi aus Zellen oder aus bacillenerfüllten Lymphräumen hervorgehen. Für manche Globi trifft das erstere zu. Typische Langhanssche Riesenzellen sind nur sehr selten zu finden.

Demonstration zur Frage der visceralen Lepra, von J. Schäffer. Die lepröse Neubildung in internen Organen besteht meistens aus bacillenhaltigen Leprazellen, ist reich an Gefäfsen, die oft durch die Bacilleninvasion erkranken, schliefst sich dem Gefäfsbaum an, zeigt niemals eine Andeutung von Verkäsung, enthält zuweilen Langhanssche Riesenzellen. Zweifellos giebt es rein lepröse Visceralerkrankungen, die sich mit tuberkulösen kombinieren können; es besteht dann eine Symbiose. Die Leprose disponiert zur Tuberkulose.

Zur Histologie der Lepra, insbesondere über Leprazellen, Globi und Riesenzellen, von K. Dohi. Genauere Darstellung der Ausführungen des Verfassers auf der Konferenz. Erwähnt sei, dafs in einem Nachtrag über ein japanisches Werk berichtet wird, das, aus den Jahren 806—810 n. Chr. stammend, ein charakteristisches Bild der Lepra giebt. Dasselbe lautet: „Mikari-kasa-yama. Hierbei stellt sich zuerst ein Hitzegefühl des ganzen Körpers ein. Der Urin ist stark koncentriert, es besteht Stuhlverstopfung, das Allgemeinbefinden im übrigen gut. Erst nach mehreren

Monaten stellt sich ein Juckgefühl (Parästhesie) ein. Dieser Zustand kann jahrelang dauern, bis sich eine Atrophie der Finger und der Handfläche, Ausfall der Augenbrauen, leichte Rötung des Gesichts, Anästhesie des ganzen Körpers und Geschwürsbildung an den Füßen einstellen. Hiervon kommen eine Reihe von Abweichungen vor."

Die Abwesenheit des HANSENschen Bacillus in einem Fall tuberkulöser Lepra und die Beziehungen der Nervenlepra zur Syringomyelie, von PETRINI DE GALATZ. Ein klinisch sicher sich als Lepra tuberosa präsentierender Fall wies keine Bacillen auf. Man wird deshalb trotz der im allgemeinen anzuerkennenden Notwendigkeit den Leprabacillus nachzuweisen, in einzelnen Fällen mit atonischem Verlauf dennoch Lepra diagnostizieren können. An der Hand eines weiteren Falles illustriert Verfasser die Schwierigkeit der Abgrenzung der Syringomyelie von der Lepra nervosa.

Beitrag zum Bacillennachweis bei den pemphigoiden Lepraaffektionen, von ARISTIDI Bey. Bei drei Leprafällen hatte Verfasser Gelegenheit zu bakteriologischen Untersuchungen des Blaseninhalts bei blasigen leprösen Hautveränderungen, bei zwei Fällen von Lepra mixta und einem von trophoneurotischer Lepra. Der Bacillennachweis gelang stets; bei den erstgenannten Fällen war die Zahl der Bacillen eine größere.

Die Prophylaxe der Lepra in Ländern, in welchen sie nicht endemisch ist, von GEORGES THIBIERGE. Die Vorschläge gehen etwa dahin: Genaue Durchsuchung des Militärs und der aus Kolonien zurückkehrenden Soldaten; Anzeige der gefundenen Leprösen, Aufnahme unbemittelter Lepröser in Heilanstalten, Desinfektion ihres Besitzes, Erleichterung der Desinfektion für alle die dieselbe wünschen, Aufklärung des Volkes und der Ärzte.

Gesetze der Republik Hawai zur Verhütung der Ausbreitung der Lepra, von H. F. GLADE.

Über das Serum von an tuberöser Lepra Leidenden und die Toxicität des Urins, von PETRINI DE GALATZ. Der Tagesharn ist giftiger als der Nachtharn; der Harn Lepröser giftiger als derjenige gesunder Individuen.

Einige Beobachtungen mit einem neuen Serum bei der Leprabehandlung, von C. LAWRENCE HERMAN und PHINEAS S. ABRAHAM. Mit einem von HERMAN hergestellten, von mit Leprablut Geimpften stammenden Serum wurden mehrere Fälle behandelt. Die Ergebnisse ermuntern zu weiteren Versuchen; wenn auch von Heilungen keine Rede war, wurde doch besonders in einem Falle eine sehr erhebliche Besserung beobachtet.

Die Behandlung der Lepra mit Serotherapie, von J. OLAYA LAVERDE. Verfasser hofft von derselben gute Erfolge.

Die Behandlung der Lepra mit intramuskulären Sublimatinjektionen, von H. RADCLIFFE CROCKER. Früher bereits publizierten zwei Leprafällen, die mit Sublimatinjektionen behandelt waren, fügt Verfasser drei weitere zu, von einem durch photographische Abbildungen den Erfolg illustrierend. Sichtliche Besserung trat ein, ohne daß trotz monatelanger Darreichung Erscheinungen ungünstiger Quecksilbereinwirkung sich eingestellt hätten.

Vorläufige Mitteilung über den Gebrauch des Antivenenum bei der Behandlung der Lepra, von ISADORE DYER. Mit dem von CALMETTE und FRASER hergestellten zur Immunisierung gegen Schlangengift dienenden Antivenenum hat Verfasser bei der Lepra Versuche gemacht. In vier von fünf Fällen war eine deutliche Besserung erkennbar.

Heilbarkeit und Behandlung der Lepra, von DOMINIQUE FORNARA. Vornehmlich eine Mitteilung über die Erfolge mittelst der Airolbehandlung.

Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie, von MAX LAEHR. Ein vom Verfasser während der Konferenz vorgestellter Patient, der auf der JOLLYschen Nervenklinik als an Syringomyelie leidend bezeichnet war, erregte, wie seiner Zeit berichtet, die lebhafteste Diskussion, da der gröfsere Teil der Leprologen ihn als Lepra nervosa auffafste. Verfasser giebt in dieser Mitteilung einen genaueren Krankheitsbericht, dessen Fehlen auf der Konferenz sicher die Gegensätze verschärfte. Die Symptome sind: Progressive, degenerative Muskelatrophie, an den kleinen Handmuskeln der linken Seite beginnend, bald auch die der rechten und im weiteren Verlauf die beiderseitige Arm- und Schultermuskulatur befallend, partielle Empfindungsstörung für Schmerz- und Temperaturreize in demselben Gebiete, d. h. im Bereiche der Cervikal- und oberen Dorsalsegmente, ungleichmäfsige Steigerung der Sehnenphänomene an den Beinen, Verkrümmung der Wirbelsäule, schon anfangs linksseitige Sympathicuslähmung, vasomotorisch-trophische Störungen an den Armen, Hyperidrosis der rechten Seite. — Die Anhänger der Diagnose „Lepra" stützten sich auf folgende Punkte: 1. Eine linksseitige Facialislähmung. Diese ist aber sehr zweifelhaft und elektrisch nicht nachweisbar. 2. Das Vorhandensein einer Hautverdickung über dem rechten Oberarm. Diese erwies sich aber nach der Excision als nicht leprös. 3. Eine frische Erosion an der Rückenhaut, die aus einer leprösen Pemphigusblase hervorgegangen sein sollte. Es ist die Entstehung der Erosion bei der vorhandenen Anästhesie auch so leicht verständlich. Verdickungen des N. ulnaris. Diese waren bei Bloflegung des Nerven nicht vorhanden. — Verfasser hält dementsprechend die Diagnose auf Syringomyelie mit um so gröfserem Recht aufrecht, als STICKER bei dem Kranken in der Nase weder irgend eine Läsion noch Bacillen gefunden hat.

Offizieller Bericht an die Regierung der Kapkolonie über die Serumbehandlung der Lepra, von WALTER H. ATHERSTONE und R. SINCLAIR-BLACK.

Über die Kontagiosität der Lepra, von MANUEL ZUNAGA. In spanischer Sprache; leider dem Referenten nicht verständlich.

Die Nachkommenschaft der Leprösen, von ZAMBACO Pascha. Da Lepröse leicht abortieren, die ausgetragenen Kinder oft sehr schlecht entwickelt zur Welt kommen und bald sterben, in vielen Asylen das Heiraten ganz verboten ist, bekommt man wenig Kinder von Leprösen zu dauernder Beobachtung. Es kommt aber vor, dafs Kinder Lepröser selbst in Asylen auferzogen werden und dauernd gesund bleiben. Es können auch von den Kindern derselben Eltern die einen gesund bleiben, die andern zu Grunde gehen. Verfasser führt eine grofse Zahl von Belägen für diese Möglichkeiten an, darunter auch Lepra bei Kindern in den ersten Lebensjahren.

Syringomyelie und Lepra, von H. OPPENHEIM. Für die Selbstständigkeit der Syringomyelie sprechen besonders folgende Faktoren: 1. Bei der Lepra sind im Rückenmark niemals Veränderungen gefunden, die gliomatösen Prozessen entsprechen. 2. Bei den typischen Fällen von Syringomyelie sind Bacillen weder in der Haut, noch in dem gliomatösen Teil des Rückenmarks gefunden. 3. Es giebt der Gliosis und Syringomyelie analoge Erkrankungen des Gehirns, deren Zusammenhang mit der Lepra niemand behauptet hat. 4. Die Ätiologie der Syringomyelie ist allerdings nicht ganz klargestellt. Es spielen aber kongenitale Entwickelungsanomalien und Traumen zweifellos eine grofse Rolle. — Dafs die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie schwierig werden kann, giebt Verfasser zu.

Es folgen am Schlusse einige **Thesen** von BROES VAN DORT betreffend die **Lepraprophylaxe,** eine kurze Arbeit über die **Leprösen in Paris** von HALLOPEAU, desgleichen über die **Lepra in Island** von O. CANNEGIEM, EDV. EHLERS und K. GROSSMANN und einige Nachträge zum zweiten Band. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juni 1898.

(Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Saalfeld demonstriert den von ihm bereits auf dem Dermatologenkongrefs in Strafsburg gezeigten **Apparat zur Applikation von heifsen Dämpfen** auf die Gesichtshaut, speziell von alkalischem Seifenspiritus bei Anomalien der Talgdrüsensekretion. Er besteht im wesentlichen aus einem Trichter, in dessen Weite das Gesicht des Patienten hineinkommt, während an der entgegengesetzten Seite durch ein gewöhnliches Inhalationsspray die Dämpfe des Medikaments (alkalische Seifenlösung u. a.) entwickelt werden. Saalfeld hat den Trichter dieses amerikanischen Apparates doppelwandig machen lassen, um die Wand mit warmem Wasser füllen und die Dämpfe auf gleichmäfsig hoher Temperatur erhalten zu können. Dieser Apparat, der sich bei Acne indurata, weniger Komedonen bewährt hat, ist bei dem Instrumentenmacher Tasch zu haben. — Herrn Lesser erscheint der Apparat zweckmäfsig, weil Waschungen und heifse Schwämme sich nur kurze Zeit applizieren lassen.

Herr Joseph stellt einen Patienten mit einem **Rasierschanker auf der rechten Wange** vor. Nach seiner Beobachtung nimmt die Häufigkeit der extragenitalen syphilitischen Infektionen erschreckend zu. Auf welche Weise die Infektion im Barbierladen übertragen wird, ist nicht ganz klar. Jedenfalls gehört immer eine Verletzung dazu, um die Übertragung möglich zu machen. Zuweilen stehen Personen monatelang mit Syphilitischen ungestraft in Kontakt, bis sie sich an einer exponierten Stelle, z. B. den Lippen irgend eine Verletzung zuziehen und sie nunmehr von hier aus infiziert werden. Personen mit Verletzungen im Gesicht sind also ganz besonders vor dieser Gefahr zu warnen.

Herr Lesser zweifelt gleichfalls, ob diese Infektionen so häufig in der Barbierstube selbst erfolgen, oder ob nicht vielmehr durch eine kleine Verwundung nur die Gelegenheit zu einer nachfolgenden Infektion auf dem Wege eines Kusses und dergl. gegeben wird. Allerdings ist es ja möglich, dafs ein syphilitischer Barbier durch Abwischen der Instrumente mit Speichel die Krankheit auf seine Kunden überträgt. Solche aus einer bestimmten Barbierstube ausgegangenen Endemien von Syphilis sind ja in der Litteratur bekannt. Auch Vortragender sieht die extragenitalen Schanker recht häufig. — Herr Blaschko führt zwei Fälle von Fingerschankern an, welche zeigen, wie die Infektion solcher Wunden nachträglich zu stande kommen kann. In dem einen Falle hatte der Patient sich mit der Axt den betreffenden Finger verletzt und einige Tage später in einem Restaurant mit Damenbedienung die Genitalien einer Kellnerin mit demselben berührt. In dem andern hatte sich der Patient einen Finger gequetscht, der Nagel war ihm abgegangen und die granulierende Wunde war späterhin in einer Poliklinik mit dem Argentumstift geätzt worden, worauf sich ein Schanker in der Wunde etablierte. Man thut daher gut, statt des Stiftes die 5- und 10%igen Lösungen zu benützen. Nach Redners Meinung wird die Syphilis im Barbierladen nicht so sehr von einem Kunden auf den nächsten übertragen, als vielmehr von den Barbierjungen, die oft genug syphilitisch sind, auf das Publikum. Eine Gewöhnung des Barbierpersonals an Asepsis thut dringend not. — Herr Rosenthal hat auch den Eindruck, als ob die extragenitalen Infektionen sich häuften. Für die sogenannten Rasierschanker macht er weniger das Rasiermesser als die andern vom Barbier gebrauchten Utensilien (Handtuch, Serviette etc.) verantwortlich.

Herr Mankiewicz demonstriert und empfiehlt alsdann das von Rocher im Januarheft von Guyons *Annales* angegebene Instrument zur **Dauerdrainage** der

Blase. Unter den Fällen, in welchen die Blase nicht per vias naturales entleert werden kann, giebt es solche, bei denen man auch mit dem temporären Blasenstich nicht auskommt, namentlich bei Blutungen in die Blase, bei denen man aber auch wegen grofser Schwäche und dergl. die Sectio alta nicht machen kann. Hier hat man bisher durch das Liegenlassen des Metallkatheters leicht Decubitus der Blase bekommen. Mit diesem neuen Instrument wird ein solches Vorkommnis vermieden. – Herr HOLLÄNDER spricht sich entschieden gegen die Dauerdrainage der Blase aus, weil sie zu ausgedehnter Urininfiltration führt. In den vom Vorredner gemeinten Fällen ist die Sectio alta am Platze.

Herr JOSEPH stellt ein junges Mädchen mit **Leukonychie** an beiden Händen vor. Von dieser so seltenen Nagelerkrankung sind in der Litteratur bisher nur drei Fälle publiziert, einer von GIOVANNINI, einer von UNNA und einer von JOSEPH in NEISSERS *stereoskopischem Atlas*. Die Nägel haben eine schneeweifse Farbe, welche durch Luftinfiltration hervorgebracht wird, deren Entstehung freilich unklar ist. In Redners erstem Falle waren dieser Veränderung trophoneurotische Störungen an den Endphalangen vorausgegangen, in diesem hier liegt ätiologisch nichts vor. Zugleich besteht eine eigentümliche Deformität der Nägel, denn ihre seitlichen Ränder sind wallartig erhoben und die Nagelplatten sind nach oben konkav statt wie sonst konvex. Gegen die Annahme, dafs sich erst die Leisten an den Seiten unter den Nägeln gebildet und ihre seitlichen Ränder gehoben hätten, also gegen die Annahme, dafs es sich im wesentlichen um eine Keratosis sub ungue handele, spricht die Angabe des Mädchens, dafs die weifse Färbung das Primäre gewesen sei.

Herr BLASCHKO hat den Eindruck, dafs bei dieser Patientin die Farbe der Nägel doch nicht der bei Leukonychie entspreche, sondern mehr der Färbung der Lunula am normalen Nagel gleiche, dafs sie hier nicht durch Luftinfiltration, sondern durch extreme Blutleere des Nagelbettes infolge starker Verhornung hervorgerufen sei. — Herr HELLER schliefst sich der Ansicht des Vorredners an. Die Patientin ist an und für sich bleichsüchtig und aufserdem mag es wohl auch durch Veränderung der Hornzellen und die Höhlenform der Nagelplatten zu einer veränderten Brechung der Lichtstrahlen und dadurch zu diesem helleren Aussehen kommen. Die eigentümliche Deformität der Nägel, die Koilonychie, hat er recht häufig angetroffen, seitdem er ihrem Vorkommen gröfsere Aufmerksamkeit zugewendet hat. Ihre Entstehung ist auf das Übergreifen eines allgemeinen Ekzems auf die Finger zurückzuführen. — Herrn ROSENTHAL scheint die Färbung der Nägel auch mehr nach Anämie auszusehen. Stellt man sich vor, dafs der Nagel stark fixiert ist, so wird durch den Druck einer konvexen Nagelplatte eine stärkere Anämie herbeigeführt als durch den einer konkaven. — Herr JOSEPH glaubt in der Beurteilung der weifsen Farbe der Nägel kompetenter zu sein als die anderen Herren, da er bereits einen Fall von Leukonychie beobachtet hat. Gegen die Annahme, dafs es sich um eine Hyperkeratose handele, welche sekundär eine Anämie herbeigeführt habe, spricht der Umstand, dafs wir eine ganze Anzahl von Keratosen sub ungue kennen, welche keine Spur eines solchen Bildes zeigen, sowie dafs die Hyperkeratose nur am Rande in geringem Grade besteht. An einem Ekzem hat übrigens das Mädchen nie gelitten.

Herr JOSEPH stellt alsdann einen Patienten mit einer fast ebenso seltenen Hauterkrankung, nämlich mit **Akanthosis nigricans**, vor. Zu den zehn in der Litteratur bekannten Fällen kommt als elfter der in Strafsburg von WOLFF vorgestellte und als zwölfter dieser hier. Der Patient, ein 27jähriger junger Mann, kam im März dieses Jahres mit einer eigentümlichen Hautaffektion an der Stirn und auf dem behaarten Kopfe in seine Behandlung, welche zunächst als Verrucae planae juveniles imponierte, inzwischen aber sich charakteristisch ausgebildet hat: Stirn und Kopfhaut sind von

flächenhaft ausgebreiteten warzigen Exkrescenzen bedeckt, welche durch kleine Furchen getrennt sind. Die mikroskopische Untersuchung exstirpierter Teilchen ergiebt eine flächenhafte Schwielenbildung mit starker Vermehrung der Stachelzellen, mit zahlreichen Kernteilungsfiguren und starker Vergrößerung der kerahyalinhaltigen Zellenlage. In der Gegend des Rete Malpighii finden sich die von POLLITZER beschriebenen eigentümlichen Epithelnester, welche denen beim Kankroid sehr ähnlich sind. Von der Ichthyosis hystrix unterscheidet sich dieses Krankheitsbild dadurch, daſs es erst im späteren Alter aufgetreten ist, während die Ichthyosis von früher Kindheit an besteht. Ferner ist für die Ichthyosis eine Verschmälerung des Rete bei starker Hyperkeratose charakteristisch, während bei der Akanthosis, wie hier, neben einer abnormen Verhornung eine stark gewucherte Reteschicht zu sehen ist. Zur Untersuchung der Verhornungsvorgänge eignet sich die GRAMsche Färbung ganz vorzüglich. Von den gewöhnlichen Warzen unterscheidet sich der Prozeſs dadurch, daſs das mikroskopische Bild kaum etwas von einem Stratum granulosum zeigt und der Übergang zwischen Rete und Hornschicht fast unvermittelt ist; schon im Rete findet sich viel Keratohyalin, nicht erst im Stratum granulosum, sodaſs hier eine spezielle Art der Verhornung augenscheinlich sichtbar ist. Der Patient zeigt tiefdunkle Pigmentierung der Exkrescenzen, beginnende Tylositäten, Naevi und in der Gegend des Kreuzbeines eine ichthyosisartige Zeichnung. In sämtlichen in der Litteratur bekannten Fällen bestand zugleich ein Carcinom des Magendarmkanals; in dem Falle von WOLFF, wie in diesem hier, fehlt diese Komplikation.

Herr LESSER würde sich bei der geringen Ausbreitung des Prozesses noch nicht getrauen, die Diagnose Akanthosis nigricans zu stellen. Vielleicht befindet sich die Krankheit erst in der Entwickelung. — Herr ROSENTHAL hat den Patienten vorher in Behandlung gehabt und längere Zeit beobachtet. Er hat damals Verrucae planae diagnostiziert und glaubt auch heute nicht an Herrn JOSEPHS Diagnose. Der Patient bekam längere Zeit erfolglos Arsen, bis schlieſslich doch Besserung eintrat. Diese Besserung spricht gegen Akanthosis nigricans. Die Pigmentierung am Körper kann durch die Arsenmedikation hervorgerufen sein. — Herr JOSEPH glaubt, daſs gerade die Arsenwirkung in unserem Falle für die Diagnose Akanthosis nigricans spricht. So gering der Erfolg war, so sind doch unter fortgesetztem Arsengebrauch die Warzen wiedergewachsen. Bei den Verrucae planae kommt es jedoch nicht vor, daſs die durch Arsen einmal beseitigten Warzen wiederkommen. Die Pigmentation am Körper sieht anders aus als Arsenmelanose. Auch in den früheren Fällen ist im Anfang immer die Diagnose Verrucae planae gestellt worden.

Herr LESSER stellt alsdann einen Fall vor, in welchem er die Vorzüge des Röntgenverfahrens für die Diagnose erfahren hat. Die 30jährige Patientin ist vor zwei Jahren wegen einer galoppierenden Syphilis in die Charité aufgenommen und wiederholt wegen verschiedener Recidive behandelt worden. Vor vier Wochen kam sie wegen einer starken Anschwellung des rechten Handgelenks wieder, welches ganz die klinischen Zeichen der Gelenktuberkulose zeigte. In der That stellte auch ein hinzugezogener Chirurg diese Diagnose. Die Röntgenaufnahme ergab jedoch, daſs es sich um **ein den Knochen rarefizierendes Gumma** handelt.

Herr LESSER stellt ferner einen 32jährigen Herrn vor, der seit seinem zehnten Lebensjahre kleine Knötchen von Stecknadelkopf- bis Linsengröſse auf der Brust und auf dem Bauche hat. Dieselben haben sich in der langen Zeit nicht verändert und nicht vermehrt, sie sind von der normalen Haut nicht sehr verschieden, zum Teil mit glatter, zum Teil mit gefalteter Oberfläche. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Übereinstimmung mit dem zuerst von KAPOSI beschriebenen **Lymphangioma tuberosum multiplex.** Diese Bildungen sind allerdings wohl zu trennen von den Lymphangiomen,

bei welchen es zu einer richtigen Cystenbildung kommt. Von den Ausführungsgängen der Schweifsdrüsen gehen sie nicht aus; die Frage ihres Ursprunges ist noch nicht geklärt. — Herr BLASCHKO macht darauf aufmerksam, dafs die Knötchen hier wie auch sonst stets Brust und Leib in charakteristischer Weise bedecken, nämlich, um mit den Franzosen zu sprechen, wie ein Kürafs von den Schlüsselbeinen bis zu den Hüften herunterziehend.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. Juni 1898.

(Original-Bericht von O. GASTOU-Paris.)

Tuberkulöse syphilisähnliche Follikulitiden. Herr DU CASTEL stellt einen Patienten vor, der seit drei Jahren an einer Eruption der Extremitäten leidet, die man als Folliculitis nach dem tuberkulösen Typus beschrieben hat und welche sich durch das Auftreten in der Tiefe der Haut von kugeligen Elementen kennzeichnet, die auf ihrer Spitze ein Bläschen, eine Kruste oder eine deprimierte Narbe tragen. — Neben diesen Läsionen bestehen noch andere, von viel gröfserer Dimension und umgeben von einer breiten pigmentierten Zone. Sie sehen aus wie alte, abgeheilte Gummata. Die Jod-Hg-Therapie blieb ohne jeden Einfluſs auf diese Läsionen.

Herren HALLOPEAU und BARTHÉLEMY meinen, dafs es sich um eine Kombination von Tuberkulose und Syphilis handele. — Herr BROCQ verwirft die Syphilis und hält die Affektion für einen Typus der von BARTHÉLEMY beschriebenen Acnitis, wie B. disseminierte Follikulitiden der haarlosen Stellen mit Neigung zur Narbenbildung nannte. Trotz ihrer Ähnlichkeit mit einer syphilitischen Läsion ist die Eruption tuberkulöser Natur. — Herr BARTHÉLEMY hat bei der Beschreibung der Acnitis nicht behauptet, dafs sie eine tuberkulöse Affektion sei, sondern nur, dafs es sich um eine follikuläre Läsion handele, die sich häufig auf tuberkulösem Boden entwickele. — Herr HALLOPEAU hat den Beweis geliefert, dafs die Acnitis tuberkulöser Natur ist, ein Toxi-Tuberkulid.

Über eine neue Form von Alopecia areata beim Kinde (Ophiasis Celsi). Herr SABOURAUD. Diese für das Kindesalter spezifische Affektion zeigt sich gewöhnlich im Alter von 8 Jahren. Sie beginnt gewöhnlich mit dem Erscheinen einer kahlen Stelle am Hinterhaupt, welche median und symmetrisch gelegen ist. Zuweilen tritt sie zuerst am Stirnhaarrand auf. Der Haarausfall geht vom Hinterhaupte aus, umkreist in vollständig symmetrischer Weise die Ohrengegend in Gestalt von zwei Halbringen, die sich an der Stirn vereinigen. Der Hauptcharakter dieser Alopecie ist, dafs sie auf die Haargrenze beschränkt bleibt. Die kranken Haare sehen ebenfalls besonders aus: man erkennt an denselben Einschnürungen und Anschwellungen; die Spitze sieht einem Pinsel ähnlich, während bei der Alopecie des Erwachsenen das Haar wie schief abgeschnitten erscheint. Die Affektion kann sich über den ganzen Kopf ausbreiten und heilt beim Übertritt ins Pubertätsalter oder durch den Gebrauch von Vesikatoren spontan ab. CELSUS hat sie bereits vor 1800 Jahren zum ersten Mal beschrieben.

Herr TENNESON bemerkt, dafs die Beschreibung dieser Dermatose ausschliefslich SABOURAUD angehört, indem CELSUS nur eine besondere Art von Alopecie, nicht aber die Area Celsi im Auge hatte. — Herr JACQUET meint, dafs man die Alopecia areata auf jede Art zur Abheilung bringen könne, dafs aber die Hauptsache bei der Behandlung darin besteht, energische Einreibungen des Haarbodens mit dem Medikamente anzuwenden.

Keloid mit progressivem Verlaufe. Herren BALZER und LEROY. Das Keloid sitzt bei dem 58jährigen Manne auf der Brustbeingegend. Im Alter von 12 Jahren

wurde der Patient an dieser Stelle leicht mit einer Schreibfeder verletzt; es entstand ein kleiner Tumor, der seit nun 46 Jahren langsam in querer Richtung an Umfang zunimmt. Gegenwärtig mifst er 15 cm und erstreckt sich zwischen den beiden Armen; an den Enden breitet er sich fächerartig aus; der mittlere Teil ist dünner und bildet ein fibröses, perlmutterartiges Band, welches von zunächst parallelen dann gegen die Enden zu divergierenden Streifen durchzogen wird. Die Enden sind unregelmäfsig konturiert und von einer roten, entzündlichen Zone umgeben. Trotzdem es sich um ein sehr kräftiges Individuum handelt, bei dem Tuberkulose ausgeschlossen scheint, so ist man doch in Anbetracht des Verlaufes der Neubildung und des Aussehens der Randzone geneigt anzunehmen, dafs hier ein spezifischer Pilz im Spiele ist. Obwohl der Patient zahllosen Traumata ausgesetzt gewesen sein mufs, hat sich bei ihm doch kein anderes als das beschriebene Keloid entwickelt, sodafs man wohl kaum von einer besonderen Disposition sprechen kann. Das pathogene Agens mufs bei der Verwundung inokuliert worden sein.

Herr Darier hat bei Keloiden umsonst nach Mikroorganismen gefahndet, wohl aber hat er konstatiert, dafs Meerschweinchen nach Inokulation von frischem Keloidmaterial tuberkulös wurden. Zu denselben Resultaten ist auch James Nevine Hyde gelangt. D. hat schon vor längerer Zeit behauptet, dafs die Keloide das Resultat einer lokalen Infektion von Wunden seien und nicht von einer besonderen Beschaffenheit des Bodens, auf dem sie sich entwickeln, abhängen. — Herr Hallopeau meint, dafs die Keloide verschiedener Natur sein können; einzelne unter ihnen sind auf eine Störung in der embryonalen Entwickelung zurückzuführen.

Akneartige und nekrotische Tuberkulide. Herren Balzer und Leroy. Die gegenwärtige Eruption bildet das dritte Recidiv. Befallen sind ausschliefslich die Extremitäten. Die Elemente beginnen als akneartige, rosarote oder rötliche Papeln, die im Centrum leicht einsinken, sich an der Spitze in Pusteln umwandeln und mit einer Kruste bedecken, welche eine kleine, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Ulceration bedeckt. An den Armen sind die Dorsalflächen der Hände und die hinteren Flächen der Vorderarme und Arme befallen; auf den Schultern sind einzelne disseminierte Elemente zu sehen. An den Beinen sind die Efflorescenzen zahlreicher aber weniger gruppiert und liegen hauptsächlich auf der inneren Fläche der Ober- und Unterschenkel, in der Glutealgegend und in der Glutealfalte. Seit zwei Jahren ist die Patientin bedeutend abgemagert und abgeschwächt, sie hustet und klagt über Seitenstiche und nächtliche Schweifse; auskultatorisch läfst sich nur wenig nachweisen. Keine krankhafte hereditäre Beanlagung. In der Kindheit hat sie an Lymphdrüseneiterungen gelitten. Die Eruption scheint die von Barthélemy bei der Acnitis und Folliclis beschriebenen Merkmale aufzuweisen und die lange Dauer der Affektion in unserem Falle läfst sie speziell der Gruppe Folliclis zurechnen. Andererseits ist die Frau entschieden tuberkulös; ob nun die Eruption durch Toxine verursacht worden oder nicht, eine Beziehung der Affektion zur Tuberkulose läfst sich unserer Ansicht nach nicht leugnen und die von Hallopeau und Bureau vorgeschlagene Bezeichnung akneförmige und nekrotische Tuberkulide scheint uns für diesen Fall die passendste zu sein. Aufserdem glauben wir, dafs die von aufsen eindringenden Mikroorganismen sekundär in die Suppurations- und Ulcerationsphase einwirken. — Herr Du Castel bemerkt, dafs das Vorhandensein dunkelroter Flecken in den Handtellern, welche früher als für Syphilis pathognomisch betrachtet wurden, als diagnostisches Zeichen dieser Krankheit nicht mehr verwertet werden kann, nachdem man diese Flecken bei Patienten mit Tuberkuliden konstatiert hat.

Polymorphes Erythem bei einem Patienten mit tuberkulösen Follikulitiden. Herr Danlos. Der Patient, welcher früher an tuberkulösen Follikulitiden gelitten hatte,

erkrankte neulich an einem polymorphen Erythem der Gelenkgegenden. Es bestanden also bei dem nämlichen Patienten gleichzeitig mehrere Hautaffektionen, ohne dafs dieselben unter sich irgendwelche kausale Beziehungen aufgewiesen hätten.

Syphilisähnliche Psoriasis guttata. Herr EUDLITZ stellt eine kleine Patientin vor, die er bereits im Februar vorgeführt hatte. Bei der aufserordentlichen Ähnlichkeit der Affektion mit der Syphilis hatten damals verschiedene Mitglieder der Gesellschaft die von Herrn E. gestellte Diagnose von Psoriasis in Zweifel gesetzt, die aber heute durch den weiteren Verlauf vollständig bestätigt wird. Eine Teerbehandlung hat bedeutende Fortschritte in der Besserung der Dermatose herbeigebracht.

Allgemeine Dermitis. Intoxikation nach Anwendung einer Tinktur und Applikation eines Salolverbandes. Herr EUDLITZ stellt eine Patientin vor mit einer Dermitis, welche das Gesicht, die oberen und unteren Extremitäten einnimmt. Die Frau hatte bis vor kurzer Zeit eine Haartinktur ohne den geringsten Schaden angewendet, als sich plötzlich, vor sechs Wochen, ein heftiges Jucken einstellte, welches infolge des intensiven Kratzens zu einer Ulceration am rechten Beine führte. Diese Ulceration wurde mit einem Salolverbande behandelt und bereits am folgenden Tage stellte sich eine intensive Dermitis ein. Eiweifs im Harne.

Anwendung der Methode von CZERNY-TRUNECEK beim Kankroid. Herren HERMET und COURTAUD. In einem Falle von Epitheliom des Nasenrückens hat dieselbe vorzügliche Resultate geliefert. Herr C. betont die Schmerzhaftigkeit der Methode, welche zwar in diesem Falle nicht so intensiv war wie gewöhnlich oder wenigstens wie bei gewissen Patienten. Herr H. macht auf die Notwendigkeit aufmerksam, jeden Fall vor der Anwendung der Arsenikpasta genau histologisch zu untersuchen, da die Wirkung derselben nach der Natur der ursächlichen Läsion variiert.

Recidivierendes gutartiges Epitheliom und Carcinoma malignum serpiginosum terebrans. Herr GASTOU. Gelegentlich der Mitteilung des Falles von Herrn COURTAUD macht Herr G. auf eine anatomische Eigentümlichkeit aufmerksam, welche ihren Wert haben kann bei der Diagnose und Prognose der malignen Hauttumoren. Von den beiden Fällen, um die es sich hier handelt, war der eine, im histologischen Sinne, ein Carcinom und enthielt ausschliefslich Krebszellen. Die CZERNYsche Methode hatte hier nicht den geringsten Erfolg. Der zweite Fall ergab sich histologisch als Epitheliom zu erkennen; neben den neugebildeten Zellen waren hier, im Gegensatze zum ersten Falle, zahlreiche andere, nicht neoplastische Zellen zu sehen, unter anderen solche mit gänzlich zerbröckeltem Kerne. Hier hatte die CZERNYsche Methode einen vorzüglichen Erfolg.

Purpuraartiges Quecksilbererythem (Hydrargyrie). Herr FOURNIER. Es handelte sich um einen Patienten bei dem unter dem Einflusse schwacher Hg-Dosen eine Purpura mit breiten Plaques auftrat.

Excision eines harten Schankers. Herr FOURNIER. Man hat behauptet, dafs Entfernung des Initialaffektes den Ausbruch sekundärer Erscheinungen zu verhindern vermöge. Der vorliegende Fall beweist das Gegenteil. Trotzdem der erst zwei Tage alte Schanker vollständig exstirpiert worden war, traten nach dem üblichen Termine die sekundären Symptome auf. — Herr BESNIER. Der Fall von Herrn F. beweist, dafs beim Auftreten des Schankers die Allgemeininfektion bereits eingetreten ist und dafs das luetische Virus sich aufserordentlich rasch im Organismus verbreitet.

Gesichtsepitheliom mit Bildung von Hauthörnern. Herr THIBIERGE. Es handelt sich um eine alte kachektische Frau mit einem Epitheliome im Gesichte, bei der sich sehr voluminöse Hauthörner entwickelt haben.

Gutartiges Schleimpapillom der Unterlippe (circumscripte ödematöse Lymphangiektasie). Herren GASTOU und HAURY. Die 27jährige Patientin trägt auf

der mittleren Partie der Unterlippe einen schankerähnlichen Knoten von der Gröfse eines 20 Centstückes. Die Oberfläche ist ulceriert, leicht erhaben, an den Stellen, wo sie nicht von einem fest haftenden gelblichen Exsudate überzogen war, fein papillomatös. Der Knoten sah in der ersten Zeit aus wie ein Herpes labialis oder eine Aphtheneruption und bestand seit etwa sechs Monaten. Incision; Heilung. Die histologische Untersuchung ergab, dafs es sich um eine wahre ödematöse Lymphangiektasie handelte, mit Dilatation der Lymphräume und Verdickung ihrer Wandungen.

Zweite Bemerkung über einen Fall von ödematöser Kongestion nach unaufhörlich recidivierenden Urticariaeruptionen. Herr HALLOPEAU. Bei der Patientin kommt es seit mehr als drei Jahren fast täglich zu kongestiven Schüben mit enormer Anschwellung des Gesichtes, so dafs die Affektion einige Ähnlichkeit mit dem Myxödem zeigt. Zweimal kam es zum Ausbruche von pseudoerythematösen Eruptionen, die sich über den ganzen Rumpf ausbreiteten. Die Patientin hatte früher an häufigen Urticariaanfällen gelitten. Die Affektion ist schmerzlos; die Eruption hat eine ganz vorübergehende Dauer und landkartenartige Umrisse auf dem Rumpfe, während im Gesichte diese Figuration fehlt.

Über eine Urticaria pigmentosa mit Bildung sehr kleiner Narben. Herr HALLOPEAU. In diesem Falle hatten sich die Narben auf dem Boden vorausgegangener kleiner Pusteln ausgebildet, welche sich im Centrum einiger Knötchen entwickelt hatten. Bei zwei anderen von Herrn H. früher mitgeteilten Fällen war die narbenartige Atrophie der Urticariaknoten ohne Vorausgehen eines pustulösen Stadiums erfolgt. Diese Eruption läfst sich schwer von Syphiliden unterscheiden.

Exfoliative Glossitis beim Kinde. Herr BAUDOUIN. Diese Affektion wurde seinerzeit von PARROT zur Syphilis gezählt, von dieser aber durch FOURNIER losgetrennt und von BESNIER zum Ekzeme gezählt, weil sie mit ekzematösen Schüben auf der äufseren Haut koincidiert. Herr BESNIER und BARTHÉLEMY haben konstatiert, dafs sie mit Verdauungstörungen zusammenhängt.

Syphilis maligna praecox. Herr EMERY. Der 25jährige Patient trägt seit etwa einem Monate in der rechten Inguinalgegend eine ca. handtellergrofse Ulceration. Die Ränder des Geschwürs sind erhaben, unterminiert und steil abfallend; die Konturen des Ulcus sind schwärzlich und sehen einem Schorfe ähnlich, der durch einen tiefen cirkulären Einschnitt isoliert ist. Die umgebende Haut ist gesund und weist nirgend entzündliche Erscheinungen auf. Aufserdem bestehen an verschiedenen anderen Körperstellen disseminiert tuberkulo-ulceröse Läsionen. Im Gesichte und am Munde läfst sich nichts von einer Initialsklerose erkennen und das Lymphdrüsensystem ist sozusagen vollständig intakt. Handelt es sich nun um tertiärsyphilitische Erscheinungen? Dem Aussehen nach stimmt das Geschwür mit demjenigen eines ulcerierten Gumma überein. In Anbetracht der Multiplizität der Läsionen kann es sich nicht um einen Schanker handeln; andererseits erlaubt das Aussehen und die Verteilung der einzelnen Geschwüre nicht, anzunehmen, dafs die Affektion bereits längere Zeit besteht. — Es mufs sich hier wohl um ein ulceröses Syphilid handeln, dafs sich durch seine aufserordentlich starke Entwickelung auszeichnet und welches bei einem Individuum mit maligner Syphilis das Aussehen eines Gumma angenommen hat.

Sekundär-syphilitische Leukoplasien. Herr BARBE. Dieselben wurden vollständig resultatlos mit lokalen Mitteln und Pillen behandelt, während Injektionen von löslichen Hg-Salzen sehr erfolgreich wirkten. Man kann zweierlei Arten von sekundären Leukoplasien unterscheiden: eine primäre und eine solche, welche nach sekundären Syphiliden (Plaques muqueuses) der Mundschleimhaut auftreten.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band V. Heft 2. 1898.

I. **Über den Einfluſs des Quecksilbers auf die Nieren,** von J. J. Karvonen-Helsingfors. Der Verfasser wirft zunächst einen historischen Rückblick auf die einschlägige Litteratur und teilt dann seinen Arbeitsplan und die Versuchsanordnung mit. Die ersten vorbereitenden Versuche hatten ergeben, daſs man bei subakuter Quecksilbervergiftung schon nach einigen Tagen kleine, interstitielle, zellige Herde in den Nieren der Versuchstiere sehen kann. Um diese Veränderungen weiter zu verfolgen und zu sehen, zu welchen Prozessen wiederholte leichte, subakute Vergiftungen Veranlassung geben können, hat Verfasser zuerst die Veränderungen in verschiedenen Stadien der akuten Vergiftung studiert. Dann erst folgten leichtere Vergiftungen mit längerer Observationszeit. Es kamen bei den Versuchen hauptsächlich subcutane resp. intramuskuläre Injektionen von Sublimat in Kochsalzlösung zur Anwendung. Als Versuchstiere dienten meistens Kaninchen. Dieselben wurden nach einer bestimmten Zeit getötet und die Nieren gleich darauf in die verschiedenen Fixierungsflüssigkeiten gelegt. Auch der Harn der Versuchstiere wurde sorgfältig kontrolliert und untersucht. — Im folgenden werden die Tierversuche ausführlich beschrieben und das Resultat derselben in kurzen Resumés mitgeteilt, sodann folgen die Beobachtungen an Menschen. Von 32 auf Prof. Homens Abteilung des Krankenhauses zu Helsingfors energisch behandelten und genau kontrollierten Patienten zeigten 4 (= 12,5%) Zeichen von Nierenreizung in Form von Cylindrurie und Spuren von Eiweifs. Weiter werden die allgemeinen Symptome der akuten, subakuten und chronischen Quecksilbervergiftung und die Ätiologie derselben einer kurzen Betrachtung unterzogen. Ausführlich werden die Nierensymptome unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur erörtert. Unter ihnen ist die Albuminurie bei den experimentellen Quecksilbervergiftungen ziemlich konstant. Beim gewerblichen Merkurialismus findet man nur ausnahmsweise Albuminurie, während sie bei medizinischen Quecksilberkuren häufig beobachtet worden ist. Die Eiweifsmenge ist meistens nur minimal, kaum höher als 0,5—1,0‰. Immerhin erheischt die Albuminurie Aufmerksamkeit und sollte als ein ebenso wichtiges Intoxikationssymptom angesehen werden als die Mund- oder Darmaffektion. — Der Verfasser bespricht sodann sehr ausführlich die pathologisch-anatomischen Veränderungen, wie sie unter der Einwirkung des Quecksilbers in den Nieren Platz greifen. Hyperämie der kleinen Venen und Glomeruli, Koagulationsnekrose der gewundenen Kanälchen, trübe Schwellung, Verkalkung, fettige Degeneration der Nierenepithelien können je nach dem Grade und der Dauer der Quecksilbervergiftung eintreten und vorübergehende oder bleibende Schädigungen der Nieren bedingen. — Was die Veränderungen im interstitiellen Gewebe betrifft, so fand Verfasser übereinstimmend mit den Befunden Leuteris zwar nicht in den beiden ersten, wohl aber in den darauffolgenden Tagen der Untersuchung beim Kaninchen wie beim Hunde konstant kleine interstitielle Herde, deren Zellen wegen ihrer gleichmäfsig grofsen, sehr stark färbbaren, runden Kerne als ausgewanderte Leukocyten betrachtet werden müssen. Der entzündliche Prozefs, der sich auf diese Weise kennzeichnet, kann nicht ohne Bindegewebswucherung und Narbenbildung heilen. Thatsächlich findet man bei

älteren Vergiftungsfällen in den Herden immer mehr Fibroblasten und fertige Bindegewebskörperchen, welche nicht nur zwischen den oft atrophischen Kanälen liegen, sondern den Platz einnehmen, wo diese mehr oder weniger vollständig zu Grunde gegangen sind. So kann die parenchymatöse und die interstitielle Nephritis nebeneinander bestehen, bald ist die eine, bald die andere vorherrschend. — Es unterliegt keinem Zweifel, dafs die gefundenen Veränderungen eine Folge der Quecksilbereinverleibung sind. Der Verfasser bespricht die Diagnose der Quecksilbervergiftung. In medizinischen Fällen kommt besonders die chronische und leichtere, subakute Vergiftung in Betracht. Die Symptome derselben sind ziemlich charakteristisch. Von geringer Müdigkeit und von unbestimmtem Unwohlsein begleitet, entsteht anfangs eine ganz leichte Cylindrurie, welche bald so stark wird, dafs der früher ganz klare Harn stark getrübt ist. Zum Beginn sind die Cylinder nur hyalin, dann körnig und zuletzt erscheinen auch die epithelialen Formen. Gleichzeitig oder erst später entwickelt sich eine anfangs ganz minimale Albuminurie. Wird mit der Quecksilbereinverleibung fortgefahren, dann steigern sich diese Symptome und zeigen zuletzt das Bild einer akuten, leicht hämorrhagischen Nephritis; dann können auch Ödeme auftreten. Während einer Quecksilberkur, bei der sich die Nierenveränderungen gewöhnlich schleichend entwickeln, bildet eine konsequent durchgeführte, von Zeit zu Zeit wiederholte Harnuntersuchung auf Eiweifs (und Cylinder) den einzigen Weg zur rechtzeitigen Diagnose. — Kann man bei einer leichten Nierenreizung die weitere Einverleibung von Quecksilber rechtseitig sistieren, so ist die Prognose gut. — In therapeutischer Beziehung sind bei toxischer Nephritis alle Mittel zu vermeiden, welche die Niere stärker reizen können, so alle Diuretica acria, so auch das bei Quecksilberkuren viel gebrauchte chlorsaure Kalium zum Ausspülen des Mundes. Um bei toxischen Nierensymptomen die Elimination des Quecksilbers aus dem Körper zu beschleunigen, ist es notwendig, für reichliche Darmentleerungen durch Oleum Ricini und ausgiebige Darmeingiefsungen Sorge zu tragen. Auf diese Weise sind manche schwere Fälle gerettet worden. — Der Verfasser schliefst seine umfangreiche, nach jeder Richtung hin ausgezeichnete Arbeit mit einem ausführlichen Litteraturverzeichnis.

II. **Kryptogene Syphilis (Syphilis d'emblée)**, von Julius Müller-Wiesbaden. Die Frage der Syphilis d'emblée (Syphilisation ohne jede Art und Form eines Initialaffektes) ist, wie aus der im ganzen nicht sehr umfangreichen, einschlägigen Litteratur hervorgeht, noch eine strittige. Verfasser teilt die Krankengeschichten zweier Fälle mit, welche als völlig einwandsfreie Beispiele der Syphilis d'emblée angesehen werden dürfen. Fall 1. Zwei Pflasterergesellen übten am 2. November 1896 sexuellen Verkehr mit demselben Mädchen. Beide stellen sich am 6. November dem Verfasser vor, der bei No. I eine Blennorrhoea acuta mit Gonokokken, bei No. II nichts konstatiert. Aus Angst stellt sich No. II in den nächsten Tagen wiederholentlich. Das Resultat der eingehendsten Untersuchung blieb jedoch ein negatives. Bei No. I wird nach 10 Tagen ein verdächtiges Ulcus auf der Glans bemerkt, das nach 12 Tagen eine charakteristische Induration annimmt. Während dieser Zeit wird No. II mehrere Male stets ohne Erfolg untersucht. Bei No. I indolente Inguinaldrüsen, später luetisches Exanthem. No. II blieb von Blennorrhoe verschont. Anfangs Januar entwickeln sich wider Erwarten bei demselben auf der linken Seite geschwollene Leistendrüsen unter geringer Schmerzhaftigkeit. Das Lymphgefäfs des Dorsum penis war nicht verändert. Nirgends war eine Wunde an der unteren Extremität zu bemerken. Nach 4 Tagen Schwellung der rechten Inguinaldrüse und Adenitis universalis. Nirgends eine Spur eines Primäraffekts. Anfang Februar makulöses Exanthem, Angina, Condylomata lata. — Verfasser möchte solche Fälle der sog. Syphilis d'emblée in der

Weise erklären, dafs während des sexuellen Verkehrs eine makroskopisch kaum oder nicht bemerkbare Läsion der Haut oder Schleimhaut mit direkter Eröffnung einer Lymphbahn stattgefunden hat, dafs das Syphiligift vom Lymphstrom aufgenommen und bis zu den nächstgelegenen Lymphdrüsen fortgeschleppt ist, ohne dafs an der Eintrittsstelle Syphilusvirus liegen blieb. Ein Analogon hierzu ist die kryptogene Septicopyämie Leubes, von der Ziemssen schreibt, dafs einige Fälle dieser infektiösen Krankheit sich finden, bei denen eine Eingangspforte des Virus weder in vivo noch post mortem zu konstatieren ist. Wahrscheinlich liegt in solchen Fällen die Eingangspforte innerlich, an einer dem Auge nicht sichtbaren Stelle, oder die kleine Verletzung, durch welche die Mikrobien eingedrungen sind, ist bis zum Eintritt der ersten Krankheitserscheinungen schon abgeheilt. Leube hat für diese Fälle die Bezeichnung „kryptogene" Septicopyämie vorgeschlagen. Verfasser hält für analoge Fälle aus dem Gebiete der Syphilis die Bezeichnung „kryptogene Syphilis" für sehr präcis und geeigneter als Syphilis d'emblée.

III. **Zur Ätiologie der Lepra,** von T. Broes van Dort-Rotterdam. Verfasser ist gelegentlich der Bearbeitung seines historischen Beitrages zur Leprakenntnis in den holländischen ostindischen Kolonien wiederholt auf die Thatsache gestofsen, dafs in den statistischen Angaben über das Geschlecht der Leprösen aus Indien die Zahl der männlichen Leprösen stets die der weiblichen bei weitem überwog. Dieselbe Thatsache fand Verfasser auch in den statistischen Daten über die Leprösen anderer Länder vor. So zählt Neumann in Bosnien-Herzegowina unter 133 Fällen 116 Männer und 17 Frauen; Grünfeld vom Don 73 Männer und 43 Frauen; Kalindéro 85 Männer und 35 Frauen u. s. w. Verfasser zieht diese Thatsache sowohl als Beweis für die Kontagiosität wie gegen die Heredität der Lepra an. Die bei weitem gröfste Zahl leprakranker Männer gehört der arbeitenden Klasse, besonders der Ackerbau treibenden und der Fischer an. Die zahlreichsten Fälle stehen zwischen dem 20.—50. Jahre, also in dem Alter, in welchem am meisten gearbeitet wird. Die Männer sind durch kleine Verletzungen bei der Arbeit den Gefahren der Übertragung leichter ausgesetzt als die Frauen. Letztere können jedoch in der Gesellschaft ihrer leprakranken Männer und Familienmitglieder nicht ganz frei bleiben, was auch bei der nicht so geringen Morbiditätsfrequenz der Frauen der arbeitenden Klassen erklärlich ist. Dieser Umstand, wie überhaupt die geringere Morbiditätsfrequenz der Frauen für Lepra spricht gegen die Möglichkeit der hereditären Übertragung der Krankheit. Bei der Syphilis, bei der die Heredität möglich und anerkannt ist, sucht man ebenso wie bei anderen hereditären Krankheiten vergebens nach einer Analogie mit der viel geringeren Morbiditätsfrequenz der Frauen bei der Lepra. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 6.

Praktische Erfahrungen auf dem Gebiete der Blasensteinoperationen, von Marc. Verfasser schildert an der Hand von 103 Fällen von Blasenstein, die er im verflossenen Jahre durch Litholapaxie entfernt hat, die grofsen Vorteile, die das Verfahren bei genügender Übung vor den blutigen Operationen hat. Narkose wendet er fast nie an, die Sitzungen dauern nicht allzulange, Bettruhe nach der Operation ist nur kurze Zeit (1—2 Tage) erforderlich, Infektionskatarrhe werden vermieden dadurch, dafs man nach der Lithothripsie eine Argentumlösung in die Blase injiziert. Die Nachteile und Gefahren der Methode, vor allem durch zu energisches Aspirieren bedingt, lassen sich bei einiger Vorsicht leicht vermeiden. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band III, Heft 4.

Über eine neue Kanüle zur Ausspülung der Urethra anterior, von A. Suarez de Mendoza. Um den Janetschen Spülungen manchen Übelstand und manche Gefahr zu nehmen, hat Verfasser eine cylindrische oder olivenförmige Kanüle konstruiert, bestehend aus zwei konzentrischen Röhren. Die innere dient der Irrigation, die äufsere dem Abfluſs, sie hat dementsprechend eine Öffnung. Die Irrigationsröhre ist etwas länger, was es verhindert, daſs man eine Verlegung derselben übersieht. Mit dieser Kanüle gelingt leicht eine gründliche Ausspülung der Pars anterior, ohne daſs gewöhnlich die Flüssigkeit weiter eindringt. Wo das dennoch geschieht, genügt eine Herabsetzung des Druckes.

Über die rechtzeitige Differentialdiagnose durch das Cystoskop bei Blasen- und Nierenerkrankungen, von Carmelo Bruni. Zwei Fälle werden citiert. Ein 32jähriger Patient war 1894 von einem Epitheliom der Blase operativ befreit worden. Die früher vorhandenen gewesenen Hämaturien sistierten, um anfangs 1896 wiederzukehren. Alles deute wiederum auf die Blase als Blutungsquelle, da die Blutung eine terminale, die Form der Coagula eine unbestimmte war, jede Nierenkolik fehlte, die frühere Blasenerkrankung natürlich den Verdacht besonders erregte. Das Cystoskop ergab aber eine gesunde Blase, in der die alte Narbe deutlich zu erkennen war, aber Blutaustritt aus einem Ureter. — In dem zweiten Falle handelt es sich um ein 16jähriges Mädchen mit Hämaturie. Man diagnostiziert Blasenstein. Das Cystoskop bestätigt die Diagnose, zeigt aber, daſs Blut aus dem rechten Ureter austritt. Der Stein wird beseitigt, die rechte Niere exstirpiert; dieselbe erweist sich als tuberkulös. Heilung.

Band III, Heft 5.

Über innere Metastasen bei Blennorrhoe des Mannes, von Albert Seelig. Vorbedingungen für das Verständnis blennorrhoischer Metastasen war der Nachweis, daſs die Gonokokken, Cylinder- und Plattenepithelien passierend, in tiefere Gewebsabschnitte einzudringen vermögen. Die diesbezüglichen Arbeiten werden rekapituliert. Es treten Metastasen auf 1. in Gelenken, Sehnen, Muskeln, 2. im Herzen, 3. im Nervensystem, 4. in Haut, 5. am Auge. Verfasser giebt nun eine übersichtliche Darstellung der Pathologie der blennorrhoischen Arthritiden, Periostitiden, der Achillodynie, der Tendovaginitis, Bursitis, Myositis, ohne neues hinzuzufügen. (Schluſs folgt.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologisches Centralblatt.

1898. No. 8. (Mai.)

Über Ichthyosis hystrix, von Schourp. Ein 17jähriger Patient zeigt angeblich seit seinem dritten Lebensmonate hornige Veränderungen des Rumpfes, die sich zeitweilig im Sommer groſsenteils zurückbildeten, um im Winter dann wiederzukehren. Der Status ergab: Gesicht und Kopfhaut ganz frei, am Halse zwei kreisförmige Streifen leichter Ichthyosis, fast der ganze übrige Körper bedeckt mit schmutziggrauen Hornauflagerungen. Besonders ergriffen sind die Kniekehlen. Die Hände sind klein, verkrümmt, fast ganz ichthyotisch belegt; in den Innenflächen die Schuppen von Rhagaden durchzogen; Nägel schmal, sonst wohlgebildet. Fuſssohlen stark afficiert. Es finden sich alle Grade von der Ichthyosis simplex bis zur Ichthyosis hystrix. — Nach Verbrauch von 240 Thyreoidintabletten trat ein Rückgang, zunächst an den Handtellern, dann an dem übrigen Körper bis auf leichte Veränderungen an wenigen

Stellen ein. Schliefslich war nur noch Ellenbogen und Knie ergriffen. — Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes mit Ichthyosis hystrix ergab: Scharfer Übergang vom Rete zur Hornschicht; Corium fast von etwas atrophischem Aussehen; elastische Fasern im mittleren und unteren Drittel des Corium vorhanden, im oberen Drittel vollkommen fehlend; Keratohyalin vorhanden, wenn auch nur sehr spärlich, im Gegensatz zu dem Befunde bei Warzen. — Diese Ergebnisse stimmen nicht ganz mit den von Unna in seiner Histopathologie angegebenen überein. — Zum Studium der Verhornung empfiehlt Verfasser gleich Ernst die Gramsche Methode.

Das Juni-Heft enthält keine Originalarbeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Mai 1898.

I. **Ein Fall von Mykosis fungoides**, von Arthur Whitfield-London. Der vom Verfasser beschriebene Fall gehört zu derjenigen Varietät der Krankheit, welche das stark ausgesprochene desquamative oder sogenannte lichenoide, oder ekzematöse Stadium, dagegen nur sehr geringe Neigung zu Tumorbildung zeigt. Der 64jährige Patient war früher stets gesund. Vor vier Jahren bemerkte er, dafs, wenn er sich auszog, immer kleine Schuppen zur Erde fielen. Kurze Zeit darauf begann die Haut am ganzen Körper sich zu schuppen und zu jucken. Vor einem Jahre nahm der Patient eine Schwellung an der Innenseite des rechten Oberarmes wahr. Nachdem sie etwa Haselnufsgröfse erreicht hatte, brach sie auf und heilte nach einiger Zeit völlig ab. Eine ähnliche, aber flache Schwellung entwickelte sich auf dem Rücken. Dieselbe bedeckte sich bald mit einem Schorf, der abfiel und eine Geschwürsfläche hinterliefs. Solcher Geschwüre sind gegenwärtig mehrere zu sehen. Mit Ausnahme der Handteller und Fufssohlen ist die Haut des ganzen Körpers gerötet, rauh, schuppig, erinnert stellenweise lebhaft an Ekzem, stellenweise an Psoriasis. Diese letzteren Partien zeigen bei genauerer Besichtigung verschieden grofse Plaques, die aus dunkelroten, mäfsig festen, mit einer dicken, fetten Schuppe bedeckten Knoten bestehen. Wird die Schuppe entfernt, so bleibt eine rote, excoriierte Fläche zurück, welche die Neigung zu oberflächlicher Ulceration zeigt. Man sieht sechs solcher Geschwüre. Die Mundschleimhaut ist nicht befallen. Die inneren Organe des Patienten gesund, dagegen besteht allgemein Schwäche und hektisches Fieber. — Der Verfasser hat mit grofser Sorgfalt die bakteriologische Untersuchung vorgenommen, jedoch keinerlei Mikroorganismen, wie sie Stellwagon und Hatch, noch Psorospermien gefunden, wie sie Wernicke und andere beschrieben haben. Im folgenden teilt der Verfasser das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Die Befunde decken sich vielfach, wenn auch nicht in allen Punkten, mit denjenigen Unnas.

II. **Urticaria mit recurrierender Haematemesis**, von T. Hillier Chittenden. Die 33jährige Patientin war früher gesund. Seit circa 8 Monaten leidet sie an Bleichsucht. April 1897 erkrankte sie an einem Quaddelausschlage, der in schwankender Intensität bis Juni anhielt, dann sich aber wesentlich verschlimmerte. Zunge und Lippen, Nasenschleimhaut schwollen an. Gleichzeitig stellten sich bei der Patientin wiederholte, beunruhigende Ohnmachtsanfälle ein. Fieber war nicht vorhanden, der Urin war spärlich, eiweifs- und zuckerfrei, dagegen stark harnsäurehaltig. Nach einer Woche liefsen alle Erscheinungen nach, um im August wiederzukehren. Die Patientin erkrankte mit Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwindel und erbrach grofse Quantitäten von Blut und kaffeegrundartiger Flüssigkeit. Bald darauf fühlte sie sich besser, die Urticaria verschwand nach wenigen Tagen ganz. Bis Oktober hatte die Patientin Ruhe, als unter den beschriebenen Erscheinungen wieder die Urticaria ausbrach.

Eine dritte Attacke stellte sich im Februar 1898 ein. — Die Behandlung ist wesentlich eine diätetische.

Juni 1898.

I. **Über die Entwickelung der menschlichen Epidermis und ihrer Anhänge**, von J. M. H. Macleod. Die menschliche Haut besteht, embryologisch betrachtet, nur aus zwei Schichten, der Epidermis und dem Corium. Bednier betrachtet das subcutane Gewebe als eine dritte Schicht wegen der grofsen Verschiedenheit, welche zwischen ihr und dem eigentlichen Corium besteht. Entwickelungsgeschichtlich jedoch erscheint das subcutane Gewebe lediglich als eine tiefere Lage des mesoblastischen Coriums mit der Modifikation, dafs sie Fettkügelchen enthält. Auf der anderen Seite kann man annehmen, dafs die Papillenschicht des Coriums von anderem Ursprunge sei als der Rest der Cutis vera, wegen der Eigentümlichkeit ihrer Nervenendigungen und ihrer Blutversorgung. Im ganzen scheint es praktisch zu sein, das Corium und das subcutane Gewebe als Teile mit mesoblastischer Struktur anzusehen, die von innen nach aufsen sich entwickeln wie die Gefäfse und nicht wachsen durch Ablagerung neuer Zellen an ihrer Oberfläche, sondern vielmehr durch Zellteilung und Bildung von neuen intercellulären Substanzen, in deren tiefster Lage in einem gewissen Stadium der Entwickelung Fettkügelchen abgelagert werden. Die Epidermis und ihre Anhänge differenzieren sich so deutlich von der darunter liegenden Cutis vera, da sie Gewebe verschiedenen embryologischen Ursprunges sind und sich aus dem primitiven Ectoderm entwickelt haben. Durch Vereinigung der Epidermiszellen mit der oberflächlichen Lage des Mesoblast — der Remakschen Hautplatte — wird die Haut gebildet. Verfasser will in der vorliegenden Arbeit nur die aus dem Ectoderm sich entwickelnden Gewebe einer Betrachtung unterziehen. Er beschreibt den Modus der Entwickelung der Epidermis beim menschlichen Embryo in den verschiedenen Phasen des intrauterinen Lebens. In ihrem primitivsten Zustande besteht die menschliche Epidermis aus einer einzelnen Lage polygonaler, gekernter Zellen, bekannt als „Raubersche Schicht“. Unterhalb der letzteren liegt eine Reihe kleiner, ein primitives Ectoderm bildender Zellen, die von der Raubberschen Schicht durch ein aus 2—3 Reihen kleiner körniger Zellen bestehendes Stratum geschieden sind. Diese körnigen Zellen werden nicht zum Mesoblast, sondern verwandeln sich nach Kölliker und Heape in eine Schicht von Palisadenzellen, welche sich eng an die Aufsenschicht anlehnen und die Epidermis bilden. Weiter beschreibt der Verfasser die Entwickelung der Epidermis bei einem 4—8 Wochen, bei einem 4, 6, 7, 9 Monate alten Embryo. (Fortsetzung folgt.) *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 5.

I. **Ein Hauttumor unbekannter Natur**, von L. Perrin. Bei dem 27jährigen Patienten, dessen Krankengeschichte den Gegenstand der vorliegenden Abhandlung bildet, entwickelten sich vor 4½ Jahren, während seiner militärischen Dienstzeit, kleine Knötchen, zuerst auf der linken Wange, später auch an anderen Stellen des Gesichtes, auf der behaarten Kopfhaut und auf den Gliedmafsen. Diese Knötchen ragen etwas über die Haut empor, erreichen die Gröfse eines 1 Fr.-Stückes, sind rundlich, braunrot und fühlen sich hart an. Die Haut darüber ist gespannt. Dabei sind sie vollkommen schmerzlos und verursachen keinerlei Beschwerden; es besteht weder Ulceration noch Abschuppung; das Allgemeinbefinden des Patienten ist vortrefflich. — Bei der mikroskopischen Untersuchung stöfst man zuerst auf eine Schicht quergestreifter Muskeln, deren einzelne Fibrillen atrophiert sind; darunter liegen kleine

Blutgefäfse, die von entzündlichen Zellen umgeben werden. Solche Wanderzellen durchsetzen auch die Lederhaut und umhüllen die Schweifsdrüsenknäuel. Die Gefäfse in den tieferen Schichten sind verdickt und äufserst sklerosiert, zum Teil fast ganz obliteriert, wie bei der Lepra; doch finden sich weder kleine, spezifische Knoten noch vielkernige Zellen. Auch sonst spricht nichts für Lepra, da Patient nachweislich nie mit Leprösen in Berührung gekommen ist. Embryonale Zellen im Zustande der Proliferation finden sich dann auch noch in den Talgdrüsen. Die Lymphgefäfse der Cutis sind gleichfalls noch in den Entzündungsprozefs mit einbezogen.

II. **Die „Ceyssatite"**, von Veyrières. Unter diesem etwas irreführenden Namen versteht der Verfasser eine fossile Pflanzenerde, die er nach ihrem Heimatsdorf Ceyssat getauft hat und der er verschiedene, für den Dermatologen wichtige Vorteile nachrühmt. Sie stellt einen weifsen, sehr leichten Sand dar, vermag bis zu 80 Gewichtsprozent Wasser zu absorbieren, fühlt sich geschmeidig wie Talk an, haftet fest an der Haut und ist ganz leicht zu pulverisieren. Sie verträgt eine Temperatur von 300° Hitze und ist daher bequem zu sterilisieren. Über 300° erhitzt wird sie zuerst schwarz, dann rötlich, körnig, verliert ihre Geschmeidigkeit. Bei 1600° färbt sie sich rufsbraun, ohne aber zu schmelzen. Mit Wasser gesättigt bildet sie eine schleimige, weiche Paste. Verfasser hat bereits Verbindungen der Ceyssatite mit Zinkoxyd, mit Amylum, Ferrum subcarbonicum, Kalium permanganicum hergestellt. Die damit in der Behandlung erzielten Erfolge waren, wenn auch nicht gerade glänzend, so doch ermutigend. Nur in einem Fall von Clou de Biskra wurde unter Anwendung eines Gemisches von Ceyssatite und Ferrum subcarbonicum eine volle und rasche Heilung erzielt, nachdem andere Mittel, durch längere Zeit angewandt, im Stich gelassen hatten. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 5.

1. **Diagnostik der renalen Hämaturien**, von Genouville. Im Anschlufs an einen Krankheitsfall bespricht der Verfasser Diagnose und diagnostische Bedeutung der renalen Hämaturien. Während bei Blasenblutungen gewöhnlich jede Urinportion, meist aber nur am Schlusse Blut enthält, weisen die Nierenblutungen zumeist oftmalige Unterbrechungen auf: Der Urin ist im Laufe ein- und desselben Tages manchmal blutig, manchmal klar; dagegen ist die Hämaturie hier zumeist eine totale: die ganze Urinportion enthält Blut. Jedoch kommen auch Blasenblutungen mit totaler unterbrochener und Nierenblutungen mit ununterbrochener, aber nicht totaler Hämaturie vor. Ein Symptom, das mit grofser Bestimmtheit für Nierenblutung spricht, aber nicht sehr häufig vorkommt, ist die Entleerung länglicher, wurmförmiger Blutgerinnsel: sie entstehen durch Stagnation des Blutes im Ureter. Eine sichere Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenblutung wird nur durch die cystoskopische Untersuchung und besonders durch die Katheterisation der Ureteren ermöglicht: ohne dieselben läfst sich auch bei Berücksichtigung aller klinischen Symptome ein Irrtum in der Diagnose nicht immer mit Sicherheit vermeiden. — Die häufigsten Ursachen der Nierenblutungen sind: Lithiasis, Carcinom und Tuberkulose der Nieren. Bei Lithiasis kann die Blutung dadurch hervorgerufen werden, dafs spitzige Konkremente auf ihrem Wege zur Blase die Schleimhaut verletzen. Oder es kann ein im Nierenbecken befindlicher beweglicher Stein durch seine Bewegungen Verletzungen und damit Blutungen bewirken; in solchen Fällen wird stärkere Bewegung zumeist, aber nicht immer Blutung bewirken, strenge Ruhe dagegen die Hämaturie zum Verschwinden bringen. Es kann aber auch ein vorhandener Stein,

ohne Verletzungen zu machen, Kongestionszustände in der Niere bewirken, welche dann eine Blutung verursachen. — Die Blutung bei Lithiasis ist gewöhnlich von kurzer Dauer, nur ausnahmsweise hält sie wochenlang an. Sie ist gewöhnlich leicht oder mäfsig stark, manchmal jedoch so gering, dafs sie nur durch die mikroskopische Untersuchung des Urins erkannt werden kann. — Hämaturie bei Carcinom der Niere ist nicht von Schmerzen in der Nierengegend begleitet, wird durch Ruhe oder Bewegung nicht beeinflufst und hört ebenso plötzlich auf, wie sie begonnen hat. Die Blutung ist gewöhnlich stark, viel stärker als die Blutung bei Lithiasis; in der Blase finden sich häufig Blutgerinnsel. Die Blutungen, die in unregelmäfsigen Zwischenräumen wiederkehren, haben sehr verschiedene Dauer. — Hämaturie bei Tuberkulose der Nieren ist gewöhnlich nicht stark; nur bei einzelnen Formen, besonders bei Miliartuberkulose kommt es zu starken Blutungen von wochenlanger Dauer, die durch Ruhe, beziehungsweise Bewegung nicht beeinflufst werden. — Wie bei Lithiasis, so werden auch bei Carcinom und bei Tuberkulose der Nieren die Blutungen nicht immer durch Verletzungen hervorgerufen. Die Kongestion, die durch die vorhandene Krankheit bewirkt wird, genügt in vielen Fällen, um eine Blutung eintreten zu lassen. — Renale Hämaturie infolge von Parasiten, besonders von Filaria und Bilharzia, ist in unserem Klima sehr selten, ebenso Nierenblutung infolge von Sumpffieber. Dagegen werden nicht selten heftige, manchmal einseitige Nierenblutungen von langer Dauer durch akute wie auch durch chronische Nierenentzündungen bewirkt, insbesondere auch durch die nach Infektionskrankheiten auftretenden Nephritiden. Ferner kommen renale Blutungen als Folge der vorhandenen Kongestionszustände vor bei Wanderniere, sowie bei Hydronephrose, in seltenen Fällen auch während der Schwangerschaft und der Laktation. Auch Hämophilie kann die Ursache einer Nierenblutung sein. Aufserdem können nach Ansicht des Verfassers irgendwelche minimale, kaum erkennbare Schädigungen oder Verletzungen der Niere eine Blutung veranlassen. Dagegen bestreitet er das Vorkommen von Nierenkolik mit Hämaturie ohne irgend eine anatomische Veränderung der Niere (Nephralgia haematurica); er glaubt, dafs in allen unter diesem Namen beschriebenen Fällen von renaler Hämaturie eine der oben erwähnten Krankheiten, chronische Nephritis, Wanderniere oder Hydronephrose vorhanden war, aber übersehen wurde. Das eine erscheint ihm allenfalls möglich, dafs durch rein nervöse Einflüsse Kongestionen in der Niere bewirkt werden, die dann Blutungen verursachen. Auch wenn nach einer Operation, die bei Nierenblutung aus diagnostischen Gründen gemacht wurde, die Hämaturie ohne weiteres aufhört, darf man daraus nicht schliefsen, dafs es sich um Nephralgia haematurica gehandelt hat: die Operation kann eine solche Änderung in den bestehenden Kongestionszuständen bewirken, dafs dadurch die Blutung aufhört.

2. **Cystoskopie und Katheterisation der Ureteren; Cystoskope zu Operationen,** von Boisseau du Rocher. Der Verfasser beschreibt und kritisiert die verschiedenen seit 15 Jahren von ihm und anderen Forschern in Frankreich und Deutschland angegebenen Cystoskope, die teils der Untersuchung, teils operativen Zwecken, teils der Katheterisation der Ureteren dienen. Die Arbeit, die mit zahlreichen Abbildungen versehen ist, eignet sich nicht zum Referat; es sei daher auf das Original verwiesen.

3. **Untersuchungen über die Färbung des Gonococcus,** von Weinrich. Der Wert der Gramschen Methode für die Erkennung des Gonococcus wurde in der letzten Zeit vielfach bestritten. Die schlechten Resultate, die die betreffenden Autoren hatten, rühren, wie der Verfasser gefunden hat, davon her, dafs sie entgegen den Vorschriften Grams die Präparate mit Wasser oder mit verdünntem Alkohol be-

handelten. Werden die Gramschen Vorschriften genau befolgt, so ist die Methode absolut zuverlässig. Die getrockneten und fixierten Präparate müssen diesen Vorschriften zufolge 1—3 Minuten in Anilinölwasser-Gentianaviolettlösung (gesättigte alkoholische Gentianaviolettlösung 10,0, Anilinölwasser 90,0), von hier aus direkt ohne Waschung in Jodkaliumjodlösung (Jodkalium 2,0, Jod 1,0, destilliertes Wasser 300,0) ebenfalls auf 1—3 Minuten gelegt werden; darauf kommen sie wiederum ohne Waschung in absoluten Alkohol, der auf seine Wasserfreiheit geprüft sein muſs; hier bleiben sie, bis die Entfärbung vollkommen ist, also bis der Alkohol ganz ungefärbt abfließt, was gewöhnlich nach 1—1½ Minuten der Fall ist. Dann erst kann man die Präparate waschen. Zur Nachfärbung der Gonokokken benutzt man am besten eine 3%ige Lösung von Bismarckbraun (Bismarckbraun 3,0, Alkohol 30,0, warmes destilliertes Wasser 70,0; die Lösung darf jedoch nur kalt angewendet werden.) Die einzige Modifikation dieser Vorschriften, die empfehlenswert ist, ist die von E. Fränkel-Hamburg angegebene, in der ersten der zu verwendenden Lösungen das Anilinölwasser durch die gleiche Menge 2½%igen Karbolwassers zu ersetzen; diese Karbolgentianaviolettlösung ist viel haltbarer und weniger empfindlich als die Anilinölwasserlösung, giebt aber ebenso gute Resultate. Alle anderen vorgeschlagenen Modifikationen bedeuten nur eine Verschlechterung der Gramschen Methode, die genau nach den Gramschen Vorschriften — eventuell mit der Fränkelschen Änderung — angewendet absolut zuverlässige Resultate ergiebt. *Götz-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band II, Heft 1 (April 1898).

Ärztliche Ratschläge für Patienten mit Urogenitalaffektionen, von Valentine-New York. Im Anschluſs an einen Fall von Blennorrhoeübertragung durch eine Sonde stellt Verfasser folgende Punkte zusammen zur Beherzigung für Arzt und Patienten: 1. Suspensorium bis zur Heilung tragen. Ein schlechtsitzendes ist dabei schlimmer als gar keins. 2. In der Vorhaut einen Wattebausch, der mit Sublimat (1:6000) oder Karbolsäure (1%) getränkt ist, tragen, nach jeder Miktion wechseln. 3. Bei Injektionen mit der Hand durch den Patienten selbst peinliche Sauberkeit der Spritze, Reinigung der Glans, dann Ausspülen der Urethra mehrmals, zuletzt erst spritzen. Nach jedem Gebrauch die Spritze in Sodalösung kochen und in Sublimatlösung aufbewahren. Alles, um Autoreinfektion zu verhindern. 4. Zur Beseitigung der Miktionsschmerzen Ausspritzen der Harnröhre mit 2%iger Borsäurelösung, so heiſs als möglich, vor jedesmaligem Urinieren. 5. Waschen und Desinfizieren der Hände vor und nach jeder Berührung mit dem Penis. (Gefahr der Infektion der Urethra und der blennorrhoischen Infektion der Augen.) 6. Das reizende Ausdrücken der Harnröhre von hinten nach vorn muſs der Kranke unterlassen. 7. Mit voller Blase zum Arzt kommen. 8. Enthalten zarte Filamente nur noch Schleim, Epithelien und nicht pathogene Bakterien, so ist die Behandlung der Harnröhre, als einer gesunden, zu unterlassen. 9. Alle kohlensauren Wässer reizen und schaden den Harnorganen. — Eine Reihe anderer Ratschläge sind zu selbstverständlich, um sie im Referat zu wiederholen. Der Hauptnachdruck ist auf peinlichste Sauberkeit beim Selbstkatheterisieren der Kranken gelegt.

Thermomineralbehandlung in der Syphilistherapie, von Ravogli-Cincinnati. Die Abhandlung beschäftigt sich mit der Anwendung heiſser Mineralbäder bei konstitutioneller Syphilis. Gegenüber den kalten Bädern, die besonders im Beginn der Sekundärperiode schlecht vertragen werden, gilt das Gegenteil von heiſsen Bädern, die besonders in Badeorten, wo der Patient aller Geschäfte ledig ist, heilkräftig bei

Syphilis wirken. Als Prototyp dieser Bäder in Amerika gilt Hot Springs in Arkansas. Die hohe Temperatur dieser Quellen (102—110° F.) ist jedoch im Beginn der zweiten Syphilisperiode ebenfalls unratsam, weil ebenso schwächend, wie die kalten Bäder das Nervensystem ungünstig beeinflussen. Bei mild verlaufenden Fällen wirkt nach RAVOGLI eine Thermomineralbadekur nur schädlich, indem Verfasser an einem Falle seiner Praxis die jedesmalige Verschlimmerung des Leidens nach einem solchen Badeaufenthalt konstatierte. Auch bei maligner Lues ist die Kur schädlich, indem sie den Patienten schwächt und durch Hauthyperämie zu Hauteruptionen reizt. Empfehlenswert ist sie dagegen bei gewöhnlicher Lues mit Neigungen zu Recidiven.(!) Sie macht den Körper für eine Merkurialisierung widerstandsfähiger. Andererseits beseitigt sie syphilitische Folgezustände wie rheumatische und Gelenkschmerzen und ist bei vorgeschrittener Syphilis zu empfehlen (Augenmuskellähmungen, Neuralgien, Periostitis). Die hauptsächliche Heilwirkung der heifsen Bäder liegt aber in der gleichzeitigen Merkurtherapie. (Ganz wie bei uns; d. Ref.)

Eczéma craquelé, von ENGMAN. Verfasser berichtet 4 Fälle des von HILLAIRET und seinem Schüler GAUCHER beschriebenen gefurchten Ekzems, des Eczéma craquelé, dessen Eigentümlichkeit im Gegensatz zu den tiefen Fissuren anderer Ekzemformen der oberflächliche Sitz der Furchen in den obersten Hornhautschichten ist. Die Ursache beruht in einer kongestiven hyperästhetischen Haut mit trophischen und vasomotorischen Störungen. (Symmetrische Verteilung.) Histologisch anatomisch liegt das Leiden zwischen Ekzem, Erythem und Ichthyose.

Chronische Hautgeschwüre und ihre Behandlung, von MARTIN-St. Louis. Die Abhandlung eröffnet keine neuen Gesichtspunkte. Die Therapie des Verfassers ist die allgemein übliche. Nosophen wird besonders bevorzugt.

Präcolumbische Lepra, von ASHMEAD-New York. Der Artikel beschäftigt sich mit den genugsam bekannten Verhandlungen der Lepra-Konferenz über die altperuanischen Thonfiguren als Beweis präcolumbischen Aussatzes. Verfasser vertritt die Ansicht, dafs die durch seine Photographien gezeigten Verstümmelungen Bestrafungen (abgeschnittene Lippe oder Nase) darstellen, einige auch Lupus u. s. w., keinesfalls aber Lepra seien. (Siehe *Dermatol. Zeitschr.* 1898, I. D. Ref.)

Scrophuloderma und seine Behandlung, von MARTIN-St. Louis. Die Krankheit, der der KOCHsche Bacillus zu Grunde liegt, ist ein Mittelding zwischen Lupus und Tuberkulose. Hautscropheln treten als Tuberkeln oder Geschwüre auf. Erstere in Lymphdrüsen sitzend, ein- oder mehrfach, bis zu Wallnufsgröfse gehen in käsige Degeneration über. Die Krankheit tritt in der Jugend auf (5.—10. Jahr). Ursachen: hereditäre Prädisposition und mangelhafte Ernährung. Behandlung lokal und allgemein: Luft, Übung, Temperatur, Diät. Intern Leberthran, besonders zusammen mit Malz. In der lokalen Therapie spielen Jod und Ichthyol eine Rolle.

Ichthyosis, von MOLONY-Cincinnati. Die Abhandlung fafst den gegenwärtigen Stand der Ichthyosisfrage zusammen. Es würde den Rahmen des Referats überschreiten, die Ansichten der verschiedenen Autoren, die bekannt sind, der Reihe nach hier zu wiederholen. Besondere neue Thatsachen fehlen. *Hopf-Dresden.*

Besprechungen.

Atlas der Mikroskopie am Krankenbette, von Alexander Peyer. 4. Aufl. (Ferdinand Enke, Stuttgart.) Die vorliegende vierte Auflage des gut eingeführten Buches unterscheidet sich von den vorigen wesentlich dadurch, dafs das bearbeitete Gebiet erheblich eingeschränkt ist. Es wird jetzt nur noch Abbildungen aus der urologischen Mikroskopie enthalten. Die Kapitel über Blut, Sputum etc. sind mit Rücksicht auf die vielen anderen in jüngster Zeit erschienenen Bücher, welche diese Gebiete behandeln, fortgelassen. Der Umfang des Atlas ist aber nicht kleiner geworden, da die urologischen Bilder vermehrt sind, so dafs 200 Bilder auf 100 Tafeln in dem Buche vorhanden sind, die alle Leiden der Harnorgane illustrieren. Es sind Vergrößerungen ungefärbter mikroskopischer Präparate, die sehr instruktiv sind, wenn auch manche etwas schematisiert erscheinen. Nur die Tafel 71, welche Gonokokken darstellt, ist koloriert; warum nur die Ränder der Gonokokken dunkel gefärbt sind, nicht der ganze Diplococcus, ist nicht recht klar. Im übrigen ist gerade die Urethritis sehr reichlich mit Bildern bedacht. Sehr vermifst habe ich die Angabe der angewendeten Vergrößerung. Der den Bildern beigegebene Text ist sehr zweckentsprechend, enthält manche lehrreiche Krankengeschichte und auch manche ausführlichere Darstellung (z. B. über Aspermatismus). Jedenfalls wird der Atlas auch in der neuen Gestalt allen, welche klinische Mikroskopie treiben, von erheblichem Nutzen sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Trichophytie (Ringworm) im Lichte der neuesten Forschung, von Malcolm Morris. (London, 1898. Cassel & Co.) Der ausgezeichnete englische Dermatolog giebt in dieser eben erschienenen Arbeit ein umfassendes Bild des gegenwärtigen Standes der Frage der Trichophytie und ihrer verschiedenen Erreger. Die Grundlage zu diesem Werke ist der Vortrag des Autors über diesen Gegenstand auf dem 96er Londoner Dermatologenkongrefs. Morris steht noch auf dem nämlichen Standpunkt wie damals. Während Verfasser die Pluralität der Trichophytonpilze anerkennt, hält er das Aufstellen der zahlreichen Species Sabourauds für eine „jolie hypothèse". Die reiche Erfahrung des Autors ist in diesem Buche, das von 22 ausgezeichneten Mikrophotogrammen begleitet ist, so niedergelegt, dafs besonders was die Therapie anbelangt, auch der praktische Arzt einen Nutzen vom Studium der Arbeit hat.

Die Einleitung ist der Geschichte der Krankheit mit ihren wechselnden Benennungen gewidmet. Im Volksmund bezeichnete man zuerst mit dem Namen Ringworm jedes Hautleiden, das sich in Kreisen auf der Körperoberfläche dokumentierte, ähnlich wie in Frankreich das Wort Teigne in diesem Sinne gebraucht wurde. Frühere Autoren gaben der Dermatose verschiedene Namen; so Guy de Chauliac „Tinea" mit den deskriptiven Nebenbezeichnungen „ficosa, favosa, furfurosa"; Alibert bezeichnete die Trichophytie mit Teigne granulée, Willan führte für den angeblich dem Arabischen entstammenden Namen Tinea die Benennung Porrigo ein, welcher Ausdruck auf Celsus zurückgeht. Auf Bateman geht der Name Porrigo scutulata zurück. Die Ansichten über die Ätiologie waren bei all den erwähnten Forschern noch unklar. Einerseits solle die Krankheit bei schlecht genährten, unreinlichen Kindern spontan entstehen, andererseits auch durch Übertragung verbreitet werden können. Eingeschleppt worden soll Ringworm sein aus Indien. Als klinische

Entität wurde er in Frankreich zuerst beschrieben von Mahon (1829) als kontagiöse, aber hereditär konstitutionelle Krankheit. Cazenave endlich verdanken wir genauere Beschreibung und den Namen Herpes tonsurans. In ätiologischer Hinsicht stand Cazenave auf Batemans Standpunkt. Die Kontagion läfst er allerdings überwiegen. Der von Sabouraud entdeckte Mikroorganismus ist schon 1843 beschrieben worden als Erreger der Porrigo decalvans. Gruby ist der eigentliche Entdecker des Krankheitserregers. — Mit diesen etwas ausführlichen historischen Bemerkungen genug!

Es würde den Rahmen des Referats überschreiten, wollte Referent alle Theorien ausführlicher erörtern. Wir müssen dazu den Leser schon auf das übrigens in elegantestem Stil geschriebene übersichtlich geordnete Original verweisen. Hier seien nur kurz die Hauptpunkte erwähnt. — Der von Gruby 1842 bei Mentagra beschriebene Pilz, der im Haarfollikel entsteht und den in der Haut gelegenen Haarteil ganz umgiebt, entspricht dem Trichophyton megalosporon ectothrix Sabourauds. Im folgenden Jahre beschrieb derselbe Autor einen neuen Pilz bei Porrigo decalvans oder Phytoalopecia, dem er den Namen Mikrosporon Audouini gab. Gemeint ist mit der Porrigo decalvans unsere heutige Alopecia areata. Einen dritten Pilz fand Gruby in Fällen von Herpes tonsurans Cazenave. Sehr wohl differenziert schon Gruby die Alopecia areata von dem Herpes tonsurans capitis. Die Pilze bei letzterer Krankheit in Ketten, perlschnurartig angeordnet, verhältnismäfsig grofs im Haar, die Pilze bei ersterer klein, aufsen am Haar und um das Haar herum. Den Namen Trichophyton tonsurans gab der Schwede Malmsten an, der 1844 unabhängig von Gruby diesen Pilz entdeckte. Sabouraud stellte, in diesen Entdeckungen ebenfalls selbstständig vorgehend, in der Neuzeit die Pluralität der erwähnten Pilzformen fest. Sabourauds Doktrin ist folgende: Unter dem Namen Tinea tonsurans trichophytica sind bisher zwei ganz verschiedene Krankheiten, die beide das Haar befallen, zusammengefafst worden, erstens die eigentliche Tinea trichophytica, der Herpes tonsurans der behaarten Haut und die durch das Mikrosporon Audouini verursachte Krankheit nicht trichophytischer Natur. Unter den Trichophytonpilzen unterscheidet Sabouraud Endo-, Ectothrix- und gemischte Formen, der erstere bei Kindern, letztere beiden bei Erwachsenen häufiger. Sabourauds Standpunkt teilen in England u. a. Jamieson, Adamson, und mit geringen Abweichungen Colcott Fox und Blaxall. — Malcolm Morris unterscheidet zwei, drei, vielleicht auch mehr Pilzspecies, die Ringworm zu erzeugen vermögen: 1. Mikrosporon Audouini, kleinsporig, ergreift den Kopf besonders bei Kindern. 2. Grofssporig, ergreift den Körper (Tinea circinata), den Bart (Sykosis), die Nägel (Onychomykosis) und gelegentlich den Kopf. — Klassifikation und Ursprung der Pilze ist botanischerseits noch unklar. Die Kontagion erfolgt von Mensch auf Mensch, oder von Tier auf Mensch oder indirekt. Geschlechtliche Unterschiede bezüglich der Empfänglichkeit bestehen nicht. Betreffs der genaueren histologischen Befunde, der Therapie und der Prophylaxe verweist Referent aufs Original.

Hopf-Dresden.

Das Ekzem, eine parasitäre Krankheit, von Leredde. (Monographie aus *l'Oeuvre médico-chirurgicale*, Paris, Masson & Cie.) Die vorliegende Monographie verdient schon aus dem Grunde das Interesse der deutschen Ärzte, weil die Anschauungen der französischen Schule und des Verfassers über das Ekzem, wie sie hier niedergelegt sind, bezüglich der Ätiologie, wie bezüglich verschiedener Einzelheiten den Ansichten der grofsen Mehrzahl der deutschen Ärzte widersprechen. — Die französische Schule und mit ihr Leredde hält in Übereinstimmung mit Unna das Ekzem für eine Krankheit ausschliefslich parasitären Ursprungs. Die Beweise dafür sind folgende: Die Bläschen des akuten, wie die Schuppen des chronischen Ekzems enthalten in grofser Anzahl spezifische Parasiten, die Morokokken. Durch Einimpfung von Morokokken-

kultur kann akutes Ekzem erzeugt werden. Jede Schrunde und jeder Riſs in der Haut kann der Ausgangspunkt eines Ekzems werden. Jedes akute wie chronische Ekzem kann durch Autoinokulation auf andere Körperstellen übertragen werden. — Auf gesunder Haut entwickelt sich kein Ekzem; es muſs vielmehr die Haut durch irgendwelche Schädigungen für die Entwickelung der Ekzemparasiten vorbereitet sein. Solche prädisponierende Momente sind alle diejenigen Schädlichkeiten und krankhaften Veränderungen, welche die deutsche Schule für die wirklichen Ursachen des Ekzems hält. Hierher gehören: kongenitale oder erworbene Strukturveränderungen der Haut, wie Ichthyosis, Prurigo, Seborrhoe, Varicen, Hämorrhoiden; Reizung der Haut durch Sonnenstrahlen, Wärme, Parasiten, Körpersekrete und chemische Stoffe; endlich Schädigungen der Haut durch Veränderung der Sekretion und Cirkulation sowie der Blutzusammensetzung, Schädigungen, wie sie durch nervöse Störungen, sowie durch lokale und allgemeine Krankheiten, wie Dyspepsie, Konstipation, Dysmenorrhoe, Uterusaffektionen, Bronchitis, Emphysem, Nierenkrankheiten, Rachitis, Scrophulose, Diabetes, Gicht, Lithiasis, Fettleibigkeit hervorgerufen werden können. Wenn also eine Haut, die durch eine dieser Schädigungen prädisponiert ist, mit den spezifischen Krankheitserregern des Ekzems, den Morokokken, infiziert wird, dann und nur dann entsteht ein Ekzem. Die Ansicht, daſs man ein Ekzem jederzeit bei jedem beliebigen Individuum willkürlich hervorrufen kann, ist demnach unrichtig; es kann nur eine artefizielle Dermatitis erzeugt werden, aus der sich dann durch Infektion ein Ekzem entwickeln kann. — Von Einzelheiten ist zu erwähnen, daſs Leredde die Impetigo contagiosa, die Kaposi zu den Ekzemen rechnet, für eine Komplikation von Impetigo pustulosa mit Ekzem erklärt, ebenso das Eccema papulosum Kaposis für eine Komplikation von Prurigo mit Ekzem. Die letztere Komplikation ist sehr häufig: die Buttersäuregärung im Darm, die bei Prurigo eine Hauptrolle spielt, bewirkt Veränderungen in der Sekretion der Haut und bereitet dadurch den Boden für die Ekzeminfektion vor. — Eingeteilt wird das Ekzem in akutes vesikulöses Ekzem, chronisches vesikulöses Ekzem und Lichenekzem. Ein akutes Ekzem ohne Bläschenbildung giebt es nicht; jedoch sind die Bläschen manchmal so klein und platzen so schnell, daſs sie nicht wahrgenommen werden. Bei lange bestehenden chronischen Ekzemen greifen die Veränderungen immer mehr in die Tiefe, es bildet sich das Lichenekzem. Dieses stellt also ein chronisches Ekzem dar, bei dem akute lokale Nachschübe kaum mehr vorkommen; die Veränderungen der Epidermis treten ganz in den Hintergrund, die dauernde Veränderung des Corium, Verdickung und Induration, charakterisieren den Prozeſs. — Zu diesen drei Abteilungen kommen dann noch die Ekzeme mit sekundären Infektionen; hierher gehört das Ekzem mit sekundärer Staphylokokkeninfektion der Oberfläche — Eccema impetiginosum; ferner das Ekzem mit sekundärer Staphylokokkeninfektion der Tiefe — Ekzem und Folliculitis; endlich das Ekzem mit gleichzeitig sich entwickelnder seborrhoischer Infektion — Eccema seborrhoicum. — Der Verfasser bespricht des weiteren eingehend die durch die Lokalisation bedingten Verschiedenheiten der Ekzeme der einzelnen Körperstellen, sowie die Differentialdiagnose, zum Schlusse endlich die Behandlung. Gemäſs den erörterten Anschauungen über das Entstehen des Ekzems ist in der Therapie die Beseitigung der Schädlichkeiten, welche die Haut für die Ekzeminfektion vorbereiten, das oberste Prinzip. Sind diese Schädlichkeiten beseitigt, dann ist die Heilung des Ekzems leicht. Neben dieser ätiologischen Behandlung spielt die äuſserliche Behandlung der ekzematösen Hautstellen eine mehr untergeordnete Rolle. Die Mittel, die der Verfasser hier empfiehlt, sind im allgemeinen milder Natur; es sind je nach der Lokalisation und der Schwere der Affektion: feuchte Verbände mit gekochtem Wasser, Salben- bezw. Fettverbände, Kautschukverbände, Waschungen mit antiseptischen Lö-

sungen, Salicylsäure- und Zinksalben, Pyrogallolsäure und Argentum nitricum in verschiedenen Konzentrationen. *Götz-München.*

Das Tuberkulin TR. Seine Wirkung und seine Stellung in der Therapie der inneren und äufseren Tuberkulose, von W. Bussenius und H. Cossmann. (Berlin 1898, August Hirschwald.) Die vorliegende, sehr lesenswerte Monographie berichtet über das in der Klinik für Hals- und Nasenkranke der Berliner Charité mit TR behandelte Krankenmaterial. Nachdem über die Herstellung und Verwendungsweise des jetzt rein und aseptisch erhältlichen Präparats berichtet, teilen die Verfasser zunächst die beobachteten Reaktionserscheinungen mit. Da ich hier nur den dermatologisch interessanten Teil der Arbeit berichten kann, sei nur erwähnt, dafs die örtliche Reaktion bei Lupus — 8 Fälle — stets sehr gering gewesen, wo keine erhebliche allgemeine Reaktion eintrat. Man sah an den nicht ulcerierten Lupusherden die Knötchen aus der etwas gerötoten Umgebung hervortreten, sich mit Schuppen bedecken, eventuell wund werden. Gelegentlich treten neue Knötchen in der Umgebung der alten auf. Ulceröse Lupusstellen zeigten nach jeder Injektion lebhafte Sekretion und Borkenbildung. — Bei 4 Lupuskranken, deren eine Gesichtshälfte ergriffen war, stellte sich auffallenderweise nach der Injektion erysipelatoide Rötung und Infiltration der gesunden Gesichtshälfte vorübergehend ein. — Die Ergebnisse der Kur bei den 8 Lupusfällen, welche, soweit es noch zu keinen Ulcerationen gekommen ist, sicher mischinfektionsfrei und fieberlos, daher zur TR-Kur nach den Kochschen Angaben sehr geeignet sind, waren folgende: 4 Fälle wurden zeitig geheilt, 2 von ihnen recidivierten nach Monaten. Gebessert entlassen wurden 2 resp. 3 Fälle, während bei einem eine Verschlimmerung auftrat. Es ist also ein günstiger Einfluſs des TR unverkennbar, aber nur in einem Teil der Fälle. Bei manchen versagt es. Wodurch diese Inkonstanz des Erfolges bedingt ist, bleibt völlig im Dunkeln. Jedenfalls kann man ohne Schaden das TR in jedem Lupusfalle versuchsweise anwenden, denn üble Nebenwirkungen scheint es nicht zu haben. Die beobachteten Komplikationen sind solche, wie sie auch ohne Tuberkulinanwendung gelegentlich vorkommen können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Über Masturbation, von A. C. Mc Clanahan - Red Lodge, Mont. (*New York med. Journ.* 9. Okt. 1897.) Eine Reihe von Fällen werden angeführt, welche beweisen sollen, dafs die Masturbation keineswegs so schädlich und charakterverderbend ist, wie allgemein angenommen werde. M. stellt sogar die Behauptung auf, dafs das sexuelle Leben der meisten Männer mit Masturbation beginne oder beinahe alle männlichen Individuen einmal in ihrem Leben masturbiert haben. Die üblen Folgen, welche diese „Geschlechtsneigung" auf Körper und Geist ausübe, seien in hohem Grade nicht nur von Laien, sondern auch von Ärzten übertrieben worden und diese Übertreibung habe mehr Schaden angerichtet wie das Leiden selbst. Dieser kleine Auszug möge genügen, um den Hauptinhalt der Arbeit zu beurteilen, und Referent möchte nur noch hinzufügen, dafs seiner Erfahrung nach doch im alten Europa das Übel der Masturbation nicht zu den notwendigen Angewohnheiten des beginnenden oder bereits entwickelten Geschlechtslebens gehört. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 4. 15. August 1898.

Mitteilung aus Prof. E. Langs Abteilung für Syphilis in Wien.

Beitrag zur Pathogenese und Histologie des Lupus vulgaris.

Von

Primararzt Dr. Emil Tauffer
in Budapest,
(vorm. Hospitant der Abteilung Prof. Langs).

Die nahezu unüberwindliche Litteratur der Tuberkulose und des Lupus läfst dieses Thema bereits undankbar erscheinen, weil die Wiederholung schon oft besprochener und bekannter Dinge unvermeidlich ist. Da aber die Pathogenese und die Histologie des Lupus und der Tuberkulose noch immer nicht in allen Punkten zu endgültigem Abschluſs gelangt ist und wir zur Erkenntnis noch nicht ganz geklärter klinischer und theoretischer Thatsachen nur durch die Kasuistik gelangen können, entspreche ich mit Dank dem freundlichen Auftrage meines hochgeschätzten vormaligen Chefs, Herrn Prof. E. Lang, hiermit einen Beitrag zu liefern zu jenen, noch nicht allzu zahlreichen Fällen, welche einen kontinuierlichen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Formen der tuberkulösen Infektion aufweisen und die sehr selten gesehene Entwickelung von Lupus im Anschluſs an Hodentuberkulose beweisen dürften. Leloir (1) behauptet dies überhaupt nie gesehen zu haben und es ist mir auch kein ähnlicher Fall in der Litteratur begegnet. Ein ähnlicher Modus des Entstehens von Lupus ist aber bereits seit langen Jahren bekannt und Neumann (2) hat schon im Jahre 1880 in seinem *Lehrbuche* angegeben, daſs sich Lupus im Anschluſs an skrophulöse Narben und um alte Fistelgänge entwickeln kann; Volkmann (3), Neisser (4), Koenig (5), Renouard (6), Jeanselme (7), Leloir (8), Cronier (9), Dubois-Havenith (10), Schüller (11), Pick (12), Köbner (13) etc. haben auch Fälle besprochen, wo der Lupus sich um alte Fistelgänge oder in skrophulösen Narben entwickelt hat, und Leloir (14) giebt in seiner berühmten *Monographie* hiervon auch eine gute chromatische Abbildung. In unserem Falle, der durch Prof. E. Lang (15) bereits kasuistisch in seiner *Monographie* als Fall 38 klinisch mitgeteilt wurde,

handelt es sich neben disseminiertem Lupus auch um solchen der Scrotalhaut, welcher an der linken Scrotalhälfte safs und mit dem linken, vergrößerten Hoden mittelst eines federkieldicken, bindegewebigen Stranges zusammenhing. Um die anatomischen und klinischen Verhältnisse näher besprechen zu können, müssen wir die kurzgefafste Krankengeschichte wiedergeben:

„Gr. O., 9 Jahre alter Knabe, dessen Eltern gesund sind; der Vater giebt an, ein Kind im Alter von 11 Tagen verloren zu haben, eines starb 5½ Jahre alt an Lungenschwindsucht, ein drittes lebt und zählt jetzt 5 Jahre. Die Erkrankung des kleinen Patienten begann im 5. Lebensjahre im Gesichte, erschien dann auf der Brust und den Armen und zuletzt am Scrotum. Die Behandlung bestand in Salben und Lapisätzungen; im Jahre 1895 wurde das Gesicht in Narkose „gebrannt". In den letzten fünf Jahren bildeten sich da und dort Abscesse, die spontan heilten; vor zwei Jahren schwoll das linke Ellenbogengelenk an, es trat Eiterung ein, worauf ein Arzt Knochenstückchen auszog; seit jener Zeit ist die Beweglichkeit behindert. Bei der am 13. Oktober 1896 erfolgten Aufnahme fand man einen Lupusherd, die linke Wange okkupierend, 10 cm im vertikalen, 7 cm im horizontalen Durchmesser; einen zweiten Herd am rechten Metacarpus, zwischen Daumen und Zeigefinger, in der Gröfse eines Guldenstückes; ähnliche Lupusplaques unterhalb der rechten Patella, über der rechten Gesäfsbacke und am Scrotum mehr der linken Hälfte zukommend;" dieser Herd hatte die Gröfse eines Vierkreuzerstückes und bestand aus isolierten, braunroten, in das Corium eingebetteten weichen Knötchen, die teils braunrot glänzend, teils mit Schuppen und Borken bedeckt waren; „vom Scrotalherde liefs sich ein derber, federkieldicker Strang bis in den linken Testikel verfolgen, der dreimal so grofs wie der rechte war, sich sehr hart anfühlte und einen Nebenhoden nicht differenzieren liefs. Vereinzelte kleine Knötchen in einer Narbe der linken Ellenbeuge und in der Nachbarschaft; Streckung nur bis 120° möglich. In der Leiste kleinbohnengrofse Drüsen. Zahlreiche Narben über den Körper zerstreut. Über der linken Lungenspitze Dämpfung, Atmen bronchial; das Herz nach rechts verbreitert, an der Spitze systolisches Geräusch, zweiter Pulmonalton accentuiert.

Am 21. Oktober Excision des Wangenlupus in Narkose (Billroth-Mischung) und Deckung des Defektes mit einem dem Halse entnommenen, gegen das linke Ohrläppchen gestielten Lappen. Um den Lappen schmäler schneiden zu können, wurde der Wangendefekt vermittelst einer durch den vorderen und hinteren Wundrand gezogenen Matrazenschlinge um einiges verkleinert: eine weitere Verkleinerung der Wunde kam dadurch zustande, dafs der Sporn zwischen Defekt und Lappenentnahme dem unteren Rande des Stieles durch Knopfnähte genähert wurde: nun erst wurde der Lappen entsprechend gedreht und in den Defekt glatt, stellenweise sogar unter etwas Spannung eingenäht; Stützung der Nähte durch Jodoformgaze und Jodoformkollodium, Polsterung für linkes Auge und Ohr, steifer Verband; Entnahmestelle durch Knopfnähte an den Winkeln auf Doppelguldengröfse reduziert. Am 25. Oktober wird die Entnahmestelle in Narkose vermittelst Thiersch-Lappen gedeckt, nach vorheriger Entfernung einiger Entspannungsnähte; steriler Verband. Am 29. Oktober Entfernung der Matrazenschlinge und sämtlicher Knopfnähte. Jodoformsalbe. Es ist prima intentio eingetreten; Thiersch-Lappen haften, nur einzelne kleine Stellen am Halse heilen unter Granulationsbildung: Dermatolsalbe.

Den 24. November Excision des Lupusherdes am rechten Metacarpus unter „Schleich", Deckung mit einem dem linken Oberschenkel entnommenen stiellosen Lappen, steriler Verband und Fixation mit blauen Binden in Fausstellung; Entnahms-

stelle nach Excision des Unterhautfettes genäht und mit Jodoform verbunden. Am 7. Dezember fand man den stiellosen Lappen angeheilt, in der Mitte eine kleine Blase tragend, die aufgestochen wird; Jodoformgaze. An Stelle der Blase fand man am 11. Dezember Mortifikation: Abtragung mit der Schere; Jodoformsalbe; diese Stelle vernarbt unter Granulationsbildung; im übrigen ist der stillose Lappen gut eingeheilt, die Beweglichkeit der Finger ganz frei.

Am 15. Dezember Excision der Herde unterhalb der Patella und am Gesäfse unter „SCHLEICH"; Naht; Jodoformverband. Beim Verbandwechsel am 22. Dezember fand man unterhalb der Patella prima intentio eingetreten, die Naht am Gesäfs auseinandergewichen, woselbst Heilung per granulationem erfolgt.

Am 24. Dezember wird an dem plastischen Gebiete aus kosmetischen Rücksichten ein Hautfältchen unter dem linken inneren Augenwinkel und vor dem linken Ohre ausgeschnitten und Naht angelegt; Heilung per primam.

Am 16. Januar 1897 Entfernung der Lupusplaque am Scrotum und des Hodentumors links (in Narkose); Naht. Heilung per primam." . . . .

Am 22. Januar wurde Ekzem an der Nase bemerkt; Zinksalbe.

Am 27. Februar 1897 wurde das Kind in bester Kondition entlassen. Der von der stärker pigmentierten Halshaut entnommene Wangenlappen wies die Mafse von 12 und 7 cm auf, er erschien noch immer dunkler als das übrige Gesicht, sonst aber geschmeidig und glatt; die ursprünglich zarte Nahtstelle ist im Verlaufe derb geworden; die gethierschte Stelle am Halse war geschrumpft und fühlte sich, ebenso wie die Nahtstelle daselbst, derbwulstig an. Der stiellose Lappen am rechten Handrücken (3 cm im Durchmesser) entsprechend der Abstofsungsstelle von einer Narbe durchquert, ist im übrigen glatt faltbar und gestattet freie Bewegung der Finger."

Aus dieser Krankengeschichte ist ersichtlich, dafs der linke Hoden klinisch als tuberkulös verändert betrachtet werden mufste. Da der erwähnte fibröse Strang eine unmittelbare Verbindung zwischen dem lupösen Scrotalherd und dem Testikel bewies, stand die Vermutung nahe, eine sekundäre Infektion des Hodens von Seite des lupösen Herdes oder noch wahrscheinlicher, auf umgekehrtem Wege, das Entstehen des Lupus an der Stelle einer ausgeheilten Fistelöffnung anzunehmen. Die Anamnese bot aber keinen beweisenden Anhaltspunkt für eine abgelaufene Fistel. Da man jedoch eine geringe Lungenaffektion auch nachweisen konnte und die Konfiguration des pathologischen Zustandes klinisch einer Hodentuberkulose entsprach, sah sich Hr. Prof. LANG zur Entfernung des vergröfserten Hodens samt dem Lupus veranlafst und beauftragte mich mit der histologischen Untersuchung des excidierten Hodens, welcher bei der Excision mit der lupösen Scrotalhaut in Zusammenhang belassen wurde.

Das Präparat wurde in Alkohol gehärtet und erst nachher der Hoden gespalten. Wir vermifsten mit Staunen jeglichen käsigen Herd. Es fiel blofs die beträchtliche Verdickung der Albuginea auf, welche das normale Mafs vielfach überstieg. Das Hodenparenchym zeigte sich makroskopisch unverändert. Die bindegewebigen Septa fand man beträchtlich verdickt und strahlenförmig einem etwas über linsengrofsen fibrösen Herde zulaufend, welcher sich in der Mitte des Hodens befand. Käsige

Herde konnte man weder in der verdickten Albuginea, noch im Hoden selbst nachweisen, ebensowenig als wir solche in dem fibrösen Verdickungsstrange, bis auf jene oberflächlichste Partie, welche dem Lupusherde als Unterlage diente, nicht finden konnten.

Die mikroskopische Untersuchung gab uns leider auch keinen positiven Aufschluſs über das Wesen und den Charakter dieser fibrösen Gewebsteile.

Der erwähnte Bindegewebsstrang ist sehr kernarm und besteht lediglich aus straffen, dicken Kollagenfasern, welche, in der Form zweier stumpfer Kegel, derart gelagert sind, daſs die Basis derselben einerseits durch den Hoden, andererseits durch den erwähnten Lupusherd gebildet wird. Hie und da sichtbare, erweiterte Blutgefäſse verleihen diesem Gewebe das mikroskopische Bild einer alten, kallösen Narbe, in welcher von zelligen Bestandteilen, Infiltrationsherden etc. keine Spur zu sehen ist. Die beträchtlich verdickte Albuginea besteht ebenfalls nur aus kernarmen, dicken Kollagenfasern, zwischen welchen hie und da einzelne Blutgefäſse zu finden sind. Pathologische Gewebsprodukte entzündlichen Charakters sind auch nirgends mehr nachweisbar. Die Tunica vaginalis propria und communis sind mit einander derart verwachsen, daſs sogar das sie bekleidende Endothel spurlos verschwunden ist und nur an einer Stelle sind diese zwei fibröse Lamellen in der Breite von 1 cm voneinander getrennt.

Untersuchen wir den Hoden selbst, insbesondere aber den erwähnten fibrösen Herd, so sehen wir, daſs das Parenchym des Hodens keine pathologischen Veränderungen aufweist und daſs die Ausführsgänge des Nebenhodens ebenfalls keine Zeichen von Läsionen darbieten. Nur einzelne Samenkanälchen, die im gesagten fibrösen Herde eingeschlossen sind, haben ihr Lumen verloren und sind nur durch 3—4 hart aneinander gedrückte Epithelzellen und durch die cirkulär angeordneten Zellen ihrer Wände noch als Reste erkenntlich. Auſser diesen obliterierten Samenkanälchen sehen wir die bindegewebigen Septa des Hodenparenchyms nur teilweise an jener fibrösen Umwandlung participieren, welche ihren höchsten Grad in jenem fibrösen Knoten erreicht, der schon makroskopisch auffiel. Betrachten wir denselben mikroskopisch, so sehen wir zwei, voneinander nicht scharf geschiedene Zonen. Die äuſsere, ziemlich reich an Zellen und Zellkernen, erinnert an ein zellreiches Fibrom und geht allmählich in die Septa über; die zweite, das Centrum ist nahezu ganz verödet. Nur hie und da findet man einige Zellkerne, alles andere ist fibröses Gewebe, derbe Kollagenbündel, welche, wie gesagt, nur hie und da nahezu gänzlich obliterierte Reste von Samenkanälchen und einige dickwandige Blutgefäſse einschlieſsen. Von entzündlichen oder tuberkulösen Produkten ist hier auch nichts zu sehen; nicht ein einziger Infiltrationsherd, keine einzige Plasmazelle ist zu finden; es ist nur noch eine Narbe

da, welche ihre Herkunft und Natur nicht verraten würde, wenn sie durch den Zusammenhang mit dem Lupusplaque dieselbe nicht vermuten liefse. Eine ähnliche Narbe könnte aufser Tuberkulose nur durch Syphilis bedingt sein. Diese ist aber teils durch die Anamnese, teils durch den objektiven (auf Tuberkulose zu deutenden) Befund der inneren Organe und der Haut mit voller Sicherheit auszuschliefsen. Die Narbe im Hodenparenchym und der fibröse Strang zwischen dem Hoden und dem Lupusherd kann nur von einem fibrös ausgeheilten Tuberkel des Hodens und einer höchstwahrscheinlich tuberkulösen, aber bereits ausgeheilten Fistel herstammen.

Zu jener Zeit, als nach den Angaben der Eltern beim Kinde zahlreiche Abscesse auftraten und von selbst sich öffneten, konnte eventuell ein solcher Prozefs auch am Hodensacke, unbeachtet, abgelaufen sein. Wir wissen ja, dafs dies bei dem gewöhnlich ganz schmerzlosen Verlaufe der Hodentuberkulose oft keine Beachtung seitens der Kranken erfährt und dafs sogar Erwachsene erst durch den Arzt darauf aufmerksam gemacht werden. Bei einem Kinde armer Eltern konnte dies noch leichter geschehen. Leider fehlen uns hierüber anamnestische Angaben und wir können uns das Vorhandensein jenes fibrösen Verbindungsstranges nicht anders erklären als durch die besagte Möglichkeit, oder wir müfsten diesen Vorgang noch weiter zurück — in die Fötalperiode — setzen. Dies bleibt eine offene Frage. Jedenfalls darf man aus dem mikroskopischen Befunde eines gänzlich ausgeheilten, reaktiver Entzündung entbehrenden, narbigen Gewebes, welches plasmatische, d. h. Infiltrationsherde nirgends erkennen läfst, behaupten und annehmen, dafs dasselbe als Rest eines schon lange abgelaufenen entzündlichen Prozesses angesehen werden mufs. Welcher Art diese Entzündung war, kann man aus einer ausgeheilten Narbe freilich nicht mit Bestimmtheit sagen. Wenn sie aber, wie in unserem Falle, in unmittelbarem Zusammenhange gefunden wird mit einem tuberkulösen Prozesse, mit einer lupösen Neubildung, in welche die fibrösen Stränge direkt übergehen resp., wie wir es noch sehen werden, zu derselben die Grundlage, das Stroma liefern, dann, glauben wir, ist eine andere Auffassung, als eine genetische, kaum möglich. Das „post hoc, ergo propter hoc“ dürfte kaum eine berechtigtere Anwendung finden als in diesem Falle. Eine Narbe ist jedenfalls ein älterer Prozefs, als eine noch bestehende Granulation, folglich mufs der pathologische Prozefs im Hoden ein älterer sein als der noch bestehende Lupus der Haut und insbesondere der Scrotalhaut. Da wir den Lupus der Wange — das subjektiv zuerst bemerkte Zeichen der Tuberkulose — noch in voller Blüte sehen und wir annehmen müfsten, dafs die tuberkulöse Infektion, wenn sie von hier aus sich weiter ver-

breitet hätte, auf ihrem Wege zum Hoden gewifs auch Infektion der Vasa deferentia und besonders des Nebenhodens bewirkt hätte, ehe sie sich im Hoden hätte etablieren können, so können wir den narbigen Herd des Hodens keinesfalls einer sekundären Infektion zur Schuld schreiben. Der Prozefs mufs hier, nach dem histologischen Befunde, noch vor dem Erscheinen des Lupus auf der Wange abgelaufen sein. Da aber eine direkte Infektion der Harnwege im frühen Kindesalter (aufser etwa bei Circumcidierten) nicht vorzukommen pflegt und wir den primären Herd der Erkrankung aus genannten Gründen nicht im Lupus der Wange suchen dürfen, müssen wir den narbigen Knoten des Hodens als den Rest fötaler oder kongenitaler und unbemerkt abgelaufener Hodentuberkulose auffassen und zwar umsomehr, da disseminierter Lupus, wie wir später noch sehen werden, sich an der Scrotalhaut nur äufsert selten als isolierte „Plaque" präsentiert und wir dieselbe hier auch wahrscheinlich nur durch Schichtentransport (s. unten) aus der Tiefe entstanden deuten dürfen.

Es ist zwar ein derartiges Ausheilen der Tuberkulose drüsiger Organe ein seltenes Vorkommnis, aber immerhin nicht unmöglich; es ist ja ähnliches sogar für Lungenspitzenaffektionen eine längst bekannte Thatsache und wir müssen diese Erklärung als die wahrscheinlichste für unseren Fall annehmen. Für eine andere Erklärung des histologischen Befundes könnten wir nach dem Gesagten gar keine Anhaltspunkte finden. Selbst wenn wir trotz der angeführten Gründe eine eventuell sekundäre Infektion des Hodens zugeben sollten, so müfsten diesbezüglich doch irgendwelche anamnestische Angaben zu ermitteln sein, was aber nicht der Fall ist. Und es wäre höchst eigentümlich, wenn eine solche Infektion sekundär das Centrum eines Hodens befallen würde; noch seltsamer aber, dafs eine sekundäre Tuberkulose des Hodens in dieser Weise, ohne Spuren subakuter Entzündung in 3—4 Jahren ausheilen soll. Eine akute oder subakute Lymphangitis — die noch in Betracht gezogen werden mufs — und die zur Abscedierung und Fistelbildung hätte führen können, hätte keinesfalls ohne subjektive und objektive Zeichen ablaufen können, die Anamnese müfste unbedingt irgend etwas verraten und auch die Haut des Scrotums müfste makroskopisch wahrnehmbare Narbenreste an der Oberfläche zeigen. Da all dies nicht der Fall ist, scheint unsere Voraussetzung einer abgelaufenen primären Hodentuberkulose die einzig annehmbare zu sein. Die richtige Beurteilung dieses Falles bietet demnach nicht blofs bezüglich der Deutung des histologischen Hodenbefundes Schwierigkeiten, sondern auch bezüglich der Genese des Lupus der Haut, besonders aber des Scrotalherdes, welcher mit der Veränderung des Hodens durch den genannten narbigen Strang in unmittelbarem Zusammenhange steht.

Es läfst sich keinesfalls mit Sicherheit entscheiden, ob wir hier die Entstehung des Lupus einer Infektion auf hämatogenem Wege zuschreiben sollen, oder aber denselben als primäre Hauttuberkulose auffassen können. Diese genetische Frage kann nur mit Wahrscheinlichkeit als hämatogene Infektion beantwortet werden; sie kann aber einer anderen Auffassung nach auch eine kombinierte sein — je nachdem man Anhänger z. B. BAUMGARTENS (16) ist, der die hämatogene Infektion für Lupus in den Vordergrund gestellt haben will, oder LELOIRS (17), der für die Mehrzahl der Fälle eine Infektion von aufsen zu beweisen trachtet und in der Frage der hereditären Belastung, die Sprünge in der Generation nicht berücksichtigend, entschieden einen etwas zu eingeschränkten Standpunkt einnimmt, oder LANGS (18), der in seiner letzten *Monographie* in dreiviertel seiner Fälle eine hereditäre Pathogenese anzunehmen berechtigt. Es ist sehr zweifelhaft, ob jene Auffassung, die den Lupus in der Mehrzahl der Fälle als primäre Hauttuberkulose betrachtet, in der Zukunft erhalten bleiben kann. Die Mitteilungen über Inokulationslupus (JADASSOHN (19), WOLTERS (20), BESNIER (21), UNNA (22), LELOIR (23) etc.) stellen für diese seltenen Fälle die primäre Hauttuberkulose aufser Zweifel. Ob wir aber, besonders bei hereditär Belasteten, den Lupus als primäre Hauttuberkulose auffassen dürfen oder nur als ein sichtbares Zeichen einer konstitutionellen Infektion, d. h. als ein sekundäres Symptom hereditärer Tuberkulose innerer Organe, welche durch unsere mangelhaften physikalischen Untersuchungsmethoden in vivo nicht nachweisbar ist, das zu entscheiden ist weiteren Untersuchungen vorbehalten. Wollten wir uns auf die Untersuchungen H. MARTINS (24) und CURT JANIS (25) stützen, welche den Beweis dafür erbracht haben wollen, dafs die Frucht einer tuberkulösen Mutter auch ohne nachweisbare Tuberkeln Tuberkelbacillen enthält und dafs der Hoden eines Tuberkulösen ebenfalls ohne nachweisbare Tuberkeln Bacillen beherbergen kann, so können wir bei hereditär Belasteten den Lupus nicht als primäre Hauttuberkulose auffassen, da wir keine Mittel besitzen, verborgene primäre Herde ausfindig zu machen; andererseits aber ist dieser Zweifel berechtigt dadurch, dafs lupöse Leichen in überwiegend gröfster Zahl makroskopisch nachweisbare Tuberkulose innerer Organe aufweisen. Unser Fall dürfte sicherlich auch zu jenen zählen, in welchen die hereditäre Infektion zuerst einen visceralen Ausgangspunkt in Form von primärer Hodentuberkulose schuf, aus welchem dann die Verbreitung, wahrscheinlich auf hämatogenem Wege, den Lupus der Haut bedingte. In diesem Falle kann der Lupus hier auch nur als Sekundärerscheinung gelten, wenngleich sein erstes Auftreten vom primären Herde entfernt, an der Wange beobachtet wurde. Eben dieser Umstand läfst aber hier die hämatogene Infektion am wahrscheinlichsten erscheinen, da die Propagation auf lymphatischem Wege eine kontinuierliche Er-

krankung der interkalären Lymphdrüsen bedingen würde; die Lymphdrüsen des Halses sind aber nicht merklich vergrößert und doch finden wir den Lupus über den ganzen Körper verbreitet. Eine direkte Entstehung „durch Schichtentransport" kann nur für den Scrotalherd angenommen werden, da es nicht wahrscheinlich ist, daſs sich derselbe am distalen Ende eines narbigen Stranges, welches unbedingt von Tuberkulose herrühren muſs, nur zufällig lokalisiert hätte.

Diese Lokalisation eines isolierten Herdes am Scrotum ist an und für sich bei disseminiertem Lupus ein seltenes Vorkommen, vielleicht noch seltener als Lupus der behaarten Kopfhaut und muſs für denselben der sogenannte „Schichtentransport" aus der Tiefe (durch eine abgelaufene Hodentuberkulose) als die wahrscheinlichere Genese angesehen werden. Es kommt zwar vor, wie Kaposi (26) in seinem Falle es gesehen hat, daſs Lupus am Genitale (penis und scrotum) ganz isoliert auftritt, aber für die Mehrzahl der Mitaffektion der Scrotalhaut bei disseminiertem Lupus gilt die Regel, daſs Lupus der Scrotalhaut durch das Übergreifen benachbarter Lupusplaques auf dieselbe entsteht. (Leloir) (27).

Die seltene Koincidenz von Lupus der Scrotalhaut mit Genitaltuberkulose dürfte aber weniger in topographisch verschiedener Struktur der Scrotalhaut, wie dies für die Kopfhaut annehmbar ist, als vielmehr in dem Umstande gesucht werden, daſs einer sekundären Entwickelung von Lupus durch „Schichtentransport" vorgebeugt wird, wenn man den tuberkulösen Hoden durch Kastration entfernt. Da überdies die Hodentuberkulose im frühen Kindesalter, in welchem der Lupus seinen Anfang zu nehmen pflegt, ziemlich selten vorkommt (Jullien (28), Torday (29), braucht es nicht wunder nehmen, daſs eine Koincidenz von Hodentuberkulose und Lupus der Scrotalhaut auch beim reichem Material Leloirs kein einziges Mal beobachtet und auch von anderen Seiten noch kein ähnlicher Fall publiziert wurde. Dies ist auch der wichtigste Grund, aus welchem Herr Prof. Lang (30) eine eingehendere Besprechung dieses Falles für wünschenswert erachtete und mir diese Aufgabe zuteilte. Ich glaube derselben nur in dieser Art entsprochen haben zu können und glaube mich nicht berechtigt in weitergehende Folgerungen eingehen zu dürfen, da die Pathogenese des Falles keine unanfechtbare Anhaltspunkte bietet.

II.

Es erübrigt noch, die histologischen Veränderungen der untersuchten Scrotalhaut zu besprechen. Klinisch — wie erwähnt — hatten wir eine typische Plaque von Knötchenlupus vor uns. Die histologische Beschreibung dieser Lupusform, von Prof. Lang (31) als Herdlupus dem infiltrierten Lupus entgegengestellt, fand jüngst in der *Monographie* Langs (32) wiederholt in dem Sinne statt, wie er sie im Jahre 1875

beschrieb, und wir müfsten uns zu oft in Wiederholungen einlassen, wenn wir alle histologischen Einzelheiten unseres Falles detaillieren wollten; wir werden uns erlauben, bei denselben auf LANGs (33) *Monographie* zu verweisen. Da ich aber während der Zeit, als ich mehrere Jahre bei Prof. PERTIK als I. Assistent des pathohistologischen Institutes in Budapest arbeitete und nach meinen, auch im Auslande durch mehrere Jahre fortgesetzten Studien in der histologischen Auffassung der Tuberkulose in einigen Punkten zu einer anderen Überzeugung gelangt bin, als jene ist, die Prof. LANG (34) in seiner jüngst erschienenen *Monographie* vertritt, möge es mir die Loyalität meines verehrten vormaligen Chefs gestatten, dafs ich die histologische Beschreibung unseres Falles nach den Ergebnissen meiner eigenen Untersuchungen, welche jenen LELOIRs am meisten entsprechen, wiedergebe.

Betrachten wir die lupöse Scrotalhaut mikroskopisch, so sehen wir jenes Bild vor uns, welches LELOIR (35) als „lupus tuberculeux", LANG (36) als Herdlupus bezeichnet. Die lupöse Infiltration okkupiert die ganze Dicke des Coriums und vereinzelte Tuberkel findet man auch in den obersten Schichten jenes narbigen Stranges, der zum Hoden verläuft. Diese tiefen Knötchen sind ganz isoliert und eignen sich besonders zum Studium der Struktur der Tuberkel. Dieselbe zeigt aber auch in der subpapillaren Coriumschicht so schöne Bilder, dafs wir sie summarisch beschreiben können.

Die zahlreichen Tuberkelherde okkupieren die ganze Dicke des Coriums und auch die Papillarschichte. Ihre Gröfse ist verschieden; die gröfsten liegen mehr oberflächlich, reichen bis an die Epidermis und sind von derselben bedeckt. An manchen Stellen ist aber die Epidermis defekt und das tuberkulöse Gewebe liegt, von einer dünnen Kruste bedeckt, frei zu Tage. Das kollagene Gewebe des Coriums ist an den lupösen Partien durch das Infiltrat nahezu ganz verdrängt und man sieht die zahlreichen, erweiterten Kapillargefäfse inmitten der Infiltrationszellen verlaufen. Es sei jedoch bemerkt, dafs es mir nicht gelungen ist, innerhalb der konzentrisch verlaufenden Plasmazellen-Zone eines Tuberkels auch nur ein wohlerhaltenes mit eigener Wandung versehenes Kapillargefäfs ausfindig zu machen. Dieselben verlaufen alle aufserhalb des epitheloiden Centrums; und wenn auch manche Stellen zwischen den epitheloiden und den sehr zahlreichen Riesenzellen an Kapillaren erinnern und den Ausgangspunkt für Riesenzellen abzugeben scheinen, so müssen wir Prof. LANG (37) vollständig beistimmen, dafs in älteren Tuberkelherden „von Gefäfsen keine Spur zu finden ist". Die diesbezüglichen widersprechenden Befunde LELOIRs (38) scheinen — nach seiner Fig. 5, Tafel IX geurteilt — ihre Beweiskraft dadurch zu verlieren, dafs jene Figur keineswegs als wohlerhaltenes Gefäfs, sondern als in Degeneration

begriffenes erscheint. Diese Degeneration war schon durch O. Weber (39) als glasige Verquellung beschrieben und Prof. Lang (40) hat auch eingehend auf dieselbe hingewiesen.

Bei der Besprechung des Verhaltens der Blutgefäfse und Kapillaren können wir nicht umhin, mit einigen Worten Unnas (41) Standpunkt in dieser Frage zu erörtern, um so mehr, da aus dessen Mifsverständnisse anscheinende Widersprüche erwachsen können. Unna (42) sagt pag. 572: „Mitten im Bindegewebe, ohne notwendige Beziehung zu einer Blutgefäfskapillare bildet sich anfangs ein rundlicher, kompakter Haufen von grofsen, annähernd kubischen Plasmazellen“ . . . . . das elementare Lupusknötchen, „An der Stelle dieser elementaren Knötchen ist das elastische Gewebe vollkommen resorbiert; das kollagene bis auf Reste, so dafs die Zellenteile in einem feinfaserigen Gerüste, teils nackt zusammen liegen“ . . . . . „Niemals lassen sich Blut- oder Lymphgefäfse in das Innere dieser elementaren Knötchen verfolgen, wenn auch offenbar die letzteren öfter Blutgefäfsen seitlich anliegen und sich dann aus adventitiellen Zellen entwickelt haben.“

Dieser Beschreibung nach wird den Blut- und Lymphgefäfsen eine zu gering erscheinende Rolle zugeschrieben. Es scheint, als hätte Unna (43) bei dem Ausdrucke: „ohne notwendige Beziehung zu einer Blutgefäfskapillare . . . “ Kapillaren mit eigener Wandung vor Augen gehabt. Meinen eigenen Erfahrungen nach ist es thatsächlich auch nicht unbedingt nötig, dafs eine Kapillare mit eigener Wandung als primärer Sitz eines werdenden Tuberkels oder Lupoms (Leloir) (44) nachweisbar sein soll. Übrigens sind Langs (45) Worte: „Höchstwahrscheinlich führen auch die im Bindegewebe eingestreuten Zellen zu ähnlichen Proliferationen“ ein Beweis, dafs er die Entstehung der Elementarknötchen auch nicht unbedingt an Blut- und Lymphgefäfse mit eigener Wandung knüpft. Die intercellulären Saftspalten aber, die den kleinsten Infiltrationsherden (Unnas (46) und Leloirs (47) Elementarknötchen) stets die Ansiedelungsstelle abgeben, gehören aber auch dem Blut- und Lymphgefäfssysteme an und eben deshalb müssen wir eine engere Beziehung zwischen diesem und den elementaren Knötchen gewähren. Wenn also ein elementarer Infiltrationsherd entstehen soll, so sehen wir denselben entweder in unmittelbarer Nähe eines Gefäfses mit eigener Wandung entstehen oder aber anscheinend frei, zwischen den kollagenen Bündeln der Cutis — aber auch in diesem Falle in einer Saftspalte.

Das, was Prof. Lang (48) (s. weiter unten) und andere als primäres Knötchen betrachten, weicht demnach von dem Elementarknötchen Unnas (49) quantitativ ab. Während Unna (50) die kleinsten, aus 4—6 Plasmazellen bestehenden Herde als Elementarknötchen gelten läfst, sehen wir bei

Prof. LANG (51) als Elementarläsion das „Lupuszellennetz“ und den „Lupuszellenherd“ bezeichnet, die quantitativ gröfsere Zellkomplexe andeuten — Zellkomplexe, die bereits eine gewisse Konfiguration zeigen — ein entwickelteres Stadium dessen, was UNNA (52) als Elementarknötchen bezeichnet.

In der Nähe der Elementarknötchen, wie sie LANG (53) beschreibt, findet man aber immer Blut und Lymphkapillaren — und UNNA (54) bestreitet dies ebenfalls nicht — nur wird bei ihm der genetisch notwendige Zusammenhang eines Lupusknötchens mit dem Blut und Lymphgefäfssystem nicht anerkannt. Dafs aber dies keine vollberechtigte Annahme ist, geht eben aus dem erwähnten Verhältnisse der Gewebsspalten zu dem Blut- und Lymphgefäfssysteme hervor. Die Frage der Beteiligung der Gefäfse und deren Perithelien in der Entwickelung der Tuberkel hängt aber so enge zusammen mit der Streitfrage über die genetische Herkunft der Plasmazellen UNNAS (55), welche bei der Entwickelung der Tuberkel die hervorragendste Rolle spielen, dafs es uns, der Kürze halber gestattet sein möge, den Gang der Entwickelung eines Tuberkels nach unseren Erfahrungen, welche mit denen LELOIRS (56) nahezu übereinstimmen, zu schildern.

Bei der histologischen Entstehung eines Tuberkels führen hauptsächlich drei Faktoren eine Rolle: a. Lymphogene Elemente, b. Fixe Bindegewebszellen und c. Lymphkapillaren.

Der Tuberkelbacillus bewirkt in erster Reihe eine Stauung mehrerer mononukleärer Lymphocyten an einer beliebigen Stelle des Kapillarkreislaufes. Zumeist geschieht dies in den Saftspalten, welche entweder in der Wand eines Blutgefäfses oder sonstwo im Intercellulargewebe liegen. Je nachdem können sie also entweder in unmittelbarem Zusammenhange mit einem Gefäfse oder anscheinend frei im Bindegewebe gefunden werden. Während nun diese lymphogenen Elemente an Ort und Stelle gebannt, eine Zunahme ihrer Basophilie erleiden und hierdurch zu UNNAS Plasmazellen sich umwandeln, weiters durch Neuauflagerungen sich auch mitotisch vermehren, beteiligt sich auch das fixe Bindegewebe durch ein feines Reticulum an der Bildung des Tuberkels (LELOIR und VIDAL [58]) und bildet sozusagen das Gerüst des Knötchens. (Nicht zu identifizieren mit dem „Lupuszellennetz“ LANGS!)[1] Dieses Reticulum ist bald mehr bald weniger ausgeprägt. Jedenfalls ist es der Träger jener kapillären Saftspalten, die die Ernährung des Tuberkels bewirken. Überwiegt in der weiteren Entwickelung dieses Reticulum, so entsteht ein

[1] LANGS „Lupuszellennetz“ entsteht durch die Proliferation der fixen Bindegewebszellen, wobei die proliferierenden Zellen miteinander durch Fortsätze in Verbindung bleiben. Wanderzellen (lymphogener Herkunft) spielen nach LANG keine wesentliche, formative Rolle.

Epitheloidtuberkel; überwiegt die Proliferation der lymphogenenen Elemente, so entstehen die Lymphoidtuberkel. Es sei jedoch bemerkt, dafs es häufig blofs von der Schnittführung abhängt, ob wir das Bild eines lymphoiden oder epitheloiden Tuberkels gewinnen. Die Tuberkel sind nämlich runde Gebilde, deren Kern durch epitheloide Zellen, die weitaus breitere äufsere Zone aus Plasmazellen und lymphoiden Elementen besteht; demnach kann die Schnittführung oft nur in letzterer verlaufen und wir haben dann einen lymphoiden Tuberkel vor uns, welcher nur ein Segment eines Epitheloidtuberkels sein kann (Baumgarten [59]). So das Reticulum, wie die Plasmazellen können sich in Riesenzellen umwandeln und zwar erscheinen solche zahlreicher aber kleiner und polygonal, wenn sie sich aus Plasmazellen entwickeln; gröfser und rundlicher, wenn sie aus dem Reticulum, aus fixem Bindegewebe entstehen. Die Peripherie eines jeden Tuberkels besteht aus konzentrisch faserigem Bindegewebe, in dessen Maschenräume die Plasmazellen und Lymphocyten eingebettet sind und das bindegewebige Maschenwerk mehr-weniger verdecken; nur diese peripheren Partien der Tuberkel oder der Lupusknötchen enthalten solche erweiterte und neugebildete Kapillaren, welche eigene Wandung erkennen lassen; besonders aber das Bindegewebe, welches zwischen den einzelnen mikroskopischen Knötchen liegt, pflegt an solchen reich zu sein. (Lang (60), Leloir (61), Unna (62), Jarisch (63) etc.).

In dem Mafse, als durch die Vergröfserung des Tuberkels und durch deren Konfluenz die Ernährung durch die Saftspalten im Centrum des Herdes sinkt, schreitet die Nekrose in der Mitte beginnend nach der Peripherie fort. In der Peripherie hingegen, wo die Ernährung sogar erhöht ist, können die aus lymphogenen Elementen entstandenen Plasmazellen eine progressive Veränderung eingehen, treiben Fortsätze und wandeln sich in fixe Bindegewebszellen um, welche dann fibröses Narbengewebe abgeben. Somit kann eine fibröse Umwandlung des Tuberkels entstehen. Es kann aber die centrale Nekrose durch Hinzutritt polynukleärer Blutelemente einen eitrig kolliquativen Charakter annehmen und durch Nekrose der Plasmazellenzone zum Durchbruch nach aufsen führen.

Diese Darstellung der pathologischen Verhältnisse läfst sich auch an dem Materiale, welches dieser Publikation zu Grunde liegt, hervorragend verfolgen und wir möchten nur noch einige Befunde in der lupösen Scrotalhaut kurz erwähnen. Es wäre zuerst die Topographie der Riesenzellen hervorzuheben, welche in ähnlicher Verteilung nach Leloir sehr selten zu finden wäre. Wir sehen nämlich solche in den Präparaten sehr zahlreich auch aufserhalb von Tuberkeln auftreten und auch in den äufsersten Cutisschichten kann man sie antreffen, so dafs sie hart an Epithelien grenzen. Es ist möglich, dafs dieselben durch die zahlreichen,

geschichteten Hassalschen Körperchen bedingt sind, welche unsere Präparate aufweisen oder aus den Endothelien der oberflächlichen Kapillaren entstanden, deren retrograde Metamorphose bedeuten. (Lang) (64). Die Hassalschen Körperchen sind von Prof. Lang (65) eingehend besprochen worden, wir verzichten daher auf eine ausführlichere Schilderung und möchten nur die Vermutung aussprechen, dafs dieselben durch Degeneration von Tuberkelbacillen entstehen können und ein Analogon zur „Dégénération calcaire" darstellen. Sie treten am besten an Präparaten hervor, die mit Hämatoxylin gefärbt wurden und kontrastieren — wie schon Lang (66) hervorhob — durch ihren rötlichvioletten Ton sehr auffallend zur blauen Hämatoxylinfarbe (Delafieldsches Hämatoxylin). Mit Russelschen Fuchsinkörperchen können sie nicht identisch sein, da sie bei der Ehrlichschen Tuberkelbacillenfärbung weder Methylenblau noch Fuchsin annehmen und in ihrer eigenen bouteillengrünen Farbe, als ungefärbte Gebilde mit konzentrischer Schichtung aus dem Gewebe hervorschimmern.

Nach längerem Suchen konnten wir in zwei Schnitten, nach Ehrlich behandelt, vereinzelte Tuberkelbacillen nachweisen, womit auch das Kriterium der Natur der histologischen Hautveränderung zweifellos erbracht wurde.

Litteratur:

1. H. Leloir, *Traité pratique etc. de la scrofulo-tuberc. de la peau etc.* 1892. pag. 287. — 2. J. Neumann, *Hautkrankheiten.* 1880. pag. 456. — 3. R. Volkmann, Lupus und seine Behandlung. *Samml. klin. Vortr.* 1870. — 4. Neisser, in Ziemssen, *Hautkr.* 1884. — 5. Koenig, cit. n. Kaposi, *Hautkr.* 1893. — Renouard, *Lupus.* Paris 1884. — 7. Jeanselme, *Intern. Kongr. f. Tbc.* 1888. — 8. Leloir, l. c. pag. 283 bis 287. — 9. Cronier, Paris 1889, cit. n. Leloir, pag. 383. — 10. Dubois-Havenith, *Du lupus vulg.* Bruxelles 1890. — 11. M. Schüller, *Centralbl. f. Chir.* 1881. — 12. F. J. Pick, *Prag. med. Wochenschr.* 1889. — 13. Köbner, cit. n. Kaposi, *Hautkr.* pag. 785. — 14. Leloir, l. c. Taf. II. — 15. E. Lang, *Lupus und dessen operative Behandl.* Wien 1898. pag. 116. — 16. Baumgarten, *Lehrb. d. path. Mykol.* pag. 612. — 17. Leloir, l. c. pag. 272 u. f. — 18. Lang, l. c. pag. 49. — 19. Jadassohn, Inokulationslupus. *Virch. Arch.* 1890. Bd. 121, pag. 221. — 20. Wolters, Inokulationslupus. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. pag. 810. — 21. E. Besnier, Lupus vaccinal. *Annales de Derm.* 1889. — 22. Unna, *Wiener med. Presse.* 1889. — 23. Leloir, l. c. pag. 272 u. f. — 24. H. Martin, *Annales de Derm.* 1883. IV. pag. 644. — 25. Curt Jani-Weigert, *Virch. Arch.* 1786. Bd. 103, pag. 522. — 26. Kaposi, *Hautkrankh.* 1893. pag. 776. — 27. l. c. — 28. Jullien, cit. n. Torday. — 29. Torday, *Orvosi Hetilap.* 1897 pag. 543. — 30. l. c. pag. 118. — 31. l. c. — 32. l. c. — 33. l. c. — 34. l. c. — 35. l. c. — 36. l. c. — 37. l. c. — 38. l. c. — 39. O. Weber, cit. n. Lang, l. c. pag. 15. — 40. l. c. — 41. Unna, *Histopathologie.* 1894. pag. 572. — 42. Ibid. — 43. l. c. — 44. l. c. — 45. l. c. pag. 9. — 46. l. c. — 47. l. c. — 48. l. c. — 49. l. c. — 50. l. c. — 51. l. c. — 52. l. c. — 53. l. c. — 54. l. c. — 55. l. c. —

56. l. c. pag. 224—236. — 57. l. c. u. Plasmazellen insbes. beim Lupus. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XII. pag. 296. — 58. Leloir et Vidal, Anat. path. du lupus. *Comp. r. d. Soc. Biol.* 1882. — 59. Baumgarten, *Zeitschr. f. klin. Med.* VI. — 60. l. c. — 61. l. c. — 62. l. c. — 63. Jarisch, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1880. — 64. Lang, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1874. — 65. Lang, *Lupus und dessen operative Behandlung.* pag. 25. — 66. Ibid.

Aus der Praxis.

Eine neue Urethralklemme für Verweilinjektionen.

Von

Dr. Ferdinand Epstein,
Spezialarzt für Hautkranke in Breslau.

Dafs ein Verschlufsapparat für die Urethra zum Zurückhalten injizierter Flüssigkeiten ein Bedürfnis darstellt, das beweist der Umstand, dafs bereits eine Anzahl dermatologischer Institute, namentlich solcher, in denen die von Neisser empfohlenen prolongierten Urethralinjektionen ausgiebige Verwendung finden, sich hierfür mehr oder minder zweckmäfsige Apparate konstruiert haben.

Publiziert sind von solchen Instrumenten bisher zwei:

1. von Stockmann-Königsberg,[1]
2. von Schiff-Wien.[2]

Wenn ich es nun unternehme, mit einem dritten, dem genannten Zwecke dienenden Apparate an die Öffentlichkeit zu treten, so geschieht dies aus dem Grunde, weil ich glaube, dafs den beiden bisher publizierten Apparaten Mängel anhaften, die sich leicht vermeiden lassen.

Was zunächst die Stockmannsche Urethralklemme anlangt — der übrigens der Vorzug, sehr leicht und handlich zu sein, nicht abgesprochen werden kann —, so hat diese den Nachteil, dafs selbst geschickte Patienten beim Anlegen derselben nicht allzu selten Hautfalten zwischen den aneinander vorbei gleitenden Branchen des Instrumentes einklemmen.

Ferner sind die Branchen des Apparates recht dünn (nur 1 bezw. 5 mm breit), sodafs sie — was schon aus der der Publikation mitgegebenen Abbildung in gewissem Grade ersichtlich ist — nicht unerheblich auf der Glans einschneiden; daher kommt es, dafs, namentlich bei empfindlichen

---

[1] *Ärztliche Polytechnik.* No. 6. Juni 1898 und *Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 101.
[2] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXVI. No. 7.

Patienten, der Druck, auch bei untergelegtem Gazestreifen, auf die Dauer unerträglich wird und zur Entfernung der Klemme zwingt, bevor z. B. die von NEISSER für Protargol geforderte Einwirkungszeit von 30 Minuten erreicht ist.

Der eben erwähnte Nachteil tritt nun um so stärker zu Tage, als der Druck der Klemme nicht reguliert werden kann; diese Eigenschaft aber mufs man bei der Verschiedenheit, welche in bezug auf Gröfse, Succulenz und Empfindlichkeit zwischen den Glandes der einzelnen Individuen herrscht, von allen als Klemme wirkenden Verschlufsapparaten der Urethra postulieren, wenn anders man nicht darauf angewiesen sein soll, die Klemmen in mehreren verschiedenen Gröfsen (NB. Die Auswahl zwischen nur zwei verschiedenen Gröfsen erscheint unzureichend) anfertigen zu lassen, sodafs dann der Arzt genau „nach Mafs" ordinieren kann.

Der SCHIFFsche Verschlufsapparat, der nach dem Prinzipe der TRENDELENBURGschen Kanüle für die Luftröhre konstruiert ist, erfüllt seine Aufgabe schon besser; doch auch dieser ist nicht ohne Mängel. Einerseits erscheint es nicht unbedenklich, dafs bei der Verwendung des besagten Apparates ein Teil der erkrankten Schleimhaut mit dem fixierenden Ballon längere Zeit direkt in Berührung gebracht wird, andererseits bedingt die Kompliziertheit des teueren und schwer zu desinfizierenden Apparates, dafs derselbe wohl nur in Krankenhäusern zur Verwendung gelangen dürfte und nicht dem Patienten zugleich mit der Blennorrhoespritze in die Hand gegeben werden kann.

Die beigefügte Abbildung zeigt eine Urethralklemme, welche der Instrumentenfabrikant Georg Härtel-Breslau nach meinen Angaben gefertigt hat. Das Instrument ist nach dem Prinzipe der vielfach gebrauchten Brief- und Dokumentenklammern gearbeitet. Eine längere Erklärung erübrigt sich bei Betrachtung der Zeichnung. Die an der einen Branche angebrachte Stellschraube gestattet eine genaue Dosierung des Druckes derart, dafs man den Moment mit Leichtigkeit abpassen kann, in welchem die injizierte Flüssigkeit gerade noch in der Harnröhre zurückgehalten wird, während ein geringes Zurückdrehen der Schraube den ersten Tropfen der Injektionsflüssigkeit austreten lassen würde.

Die Branchen, welche leicht gebogen sind, haben eine Breite von 1 cm, entsprechen also annähernd der Breite der Finger; falls nun trotzdem ein Patient durch den Druck der Branchen das Gefühl des Einschneidens haben sollte (was ich bisher noch in keinem Falle beobachtet

habe), so könnten dieselben durch Überziehen von passenden Gummischlauchstücken in einfacher Weise gepolstert werden. Dieser Notfall dürfte wohl nur bei starker Balanitis oder bei Ödem und schmerzenden Ulcerationen der Eichel eintreten.

Die maximale Branchenöffnung beträgt am distalen Ende 4,5 cm.

Die Applikation ist die denkbar einfachste: Man schiebt die geöffnete Klemme von irgend einer Seite her — am besten von unten her, unmittelbar vor dem Ansatz des Frenulums — über die Eichel und reguliert den Druck durch die Stellschraube.

Zum Schlusse will ich noch erwähnen, dafs sich die Klemme mir nicht nur bei den prolongierten Injektionen zum Zwecke der Blennorrhoetherapie, sondern auch bei Kokainisierung der Harnröhre vor Bougierungen oder anderen endourethralen Eingriffen gut bewährt hat.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Juli 1898.

Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.

Herr Lion: **Fall von familiärer Ansteckung mit Herpes tonsurans.** Ende März dieses Jahres kam ein Mützenmacher mit typischem Herpes tonsurans circinatus des Gesichts in die Poliklinik des Herrn Rosenthal; die Affektion wurde bald geheilt, doch zeigten sich nach einiger Zeit zwei neue Eruptionen im Bart, eine Stelle in der Schläfengegend und eine am Arm. Jetzt brachte der Patient den 2½jährigen Sohn seines Bruders mit, bei welchem er wohnte. Derselbe zeigte auf dem Rücken zwei Flecken von typischem Herpes tonsurans circinatus. Mitte Mai erschien er mit einem anderen Kinde seines Bruders, das in einem unbewachten Augenblicke mit der Haarbürste seines Onkels gespielt hatte. Dasselbe zeigte einen thalergrofsen Herd am Hinterkopfe, welcher am Rande gerötet war und schuppte. Zuletzt erkankte das 4½jährige Söhnchen derselben Familie, welches der Gesellschaft vorgestellt wird. Der kleine Patient hatte sich die Mütze seines Onkels aufgesetzt. Er zeigt auf dem Kopfe drei Stellen, welche durch die Behandlung bereits gebessert sind, aber doch das Bild der Sykosis parasitaria deutlich erkennen lassen. Die Haut ist gerötet, geschwollen und mit Pusteln bedeckt, welche auf Druck viscide Flüssigkeit und Eiter entleeren, also ein Bild, wie wir es sonst nur bei Herpes tonsurans des Bartes zu sehen gewohnt sind. In den Haaren und Schuppen der erkrankten Stellen hat Vortragender Sporen und Mycelien vom Trichophyton gefunden.

Im Hinblick auf den nachfolgenden Vortrag des Herrn Heller stellt derselbe alsdann einen Kontordiener vor, welcher viel mit Petroleum und Kienöl zu thun hat und durch diese Beschäftigung sich vor drei Monaten ein **Ekzem der Finger** zugezogen hat, welches auch auf die Nägel übergegangen ist. Der Nagelfalz ist stark verdickt und zu Rhagaden geneigt; die Nägel sind ebenfalls verdickt, der Nagel des rechten Zeigefingers zeigt Krallenbildung.

Herr Lesser hat in Bern, wo der Herpes tonsurans infolge der Übertragung durch Kühe häufig ist, wiederholt solche Familienansteckung beobachtet. Die einzelnen Familienglieder zeigten häufig Formen von verschiedener Intensität, bald ganz oberflächliche, bald in die Tiefe gehende und zu Sykosis führende, nicht nur im Barte, sondern auch an anderen Stellen. Wahrscheinlich ist es die individuelle Verschiedenheit des Bodens, welche den Verlauf bestimmt, und nicht die Verschiedenheit der Pilze.

Herr Kantorowicz stellt einen Patienten vor, dessen Kopfhaut starke Rötung und Infiltration zeigt, welche an der Stirnhaargrenze entlang von einem Processus mastoideus zum andern zieht. Die Affektion besteht seit 12 Jahren und ist von den verschiedensten Seiten behandelt worden, verhältnismäfsig am erfolgreichsten vom Homöopathen. Die Diagnose schwankt zwischen **Lupus erythematodes** und **Lues.** Acne necrotica ist auszuschliefsen wegen Fehlens irgend welcher kleiner Narben, ebenso Psoriasis. Der Patient hat vor 30 Jahren Lues acquiriert und dieselbe mit Fichtennadelbädern und Jodkalium kuriert. Wegen dieser Anamnese neigt Vortragender mehr zur Diagnose Lues. — Herr Lesser ist wegen der Ausdehnung der Affektion und des Fehlens von Ulcerationen entgegengesetzter Ansicht.

Herr Blaschko demonstriert alsdann an einem Patienten mit **Herpes zoster** die Thatsache, dafs die Verbreitung desselben auf der Haut nicht ganz dem Verbreitungsgebiet eines oder zweier Interkostalnerven entspricht. Während nämlich die Eruption auf dem Rücken der neunten bis elften Rippe aufsitzt, nimmt sie auf der Brust die Gegend des vierten und fünften Interkostalraums ein. Zur Erklärung dieses Befundes nimmt er an, dafs die ein bestimmtes Hautgebiet versorgenden Nervenfasern im Rückenmark anders gruppiert sind als in den peripheren Nervensträngen. Der Patient zeigt ferner ein nach Redners Ansicht in keinem Falle fehlendes Symptom recht deutlich, nämlich die Anschwellung der benachbarten Lymphdrüsen. Diese Drüsenschwellung spricht für den infektiösen Charakter des Herpes zoster; sie ist nicht sekundär, weil sie vom ersten Tage der Eruption an beobachtet wird.

Herr Heller: **Zur Pathologie der Nagelerkrankungen.** — Die Pathologie der Nägel ist noch wenig bearbeitet, weil die Materialbeschaffung schwierig ist. Redner hat an drei amputierten Extremitäten eine Reihe von Untersuchungen gemacht. In Bezug auf die normale Histologie ist seiner Ansicht nach besonders die Kenntnis der Nerven des Nagelbettes noch unvollkommen. In allen Lehrbüchern wird zwar von dem Nervenreichtum des Nagelbettes gesprochen, es fehlte aber bisher die mikroskopisch erbrachte Unterlage hierfür. Vortragender hat mittelst der modifizierten Osmiummethode fast in jedem Schnitt eine ganze Reihe von Nervenendigungen markhaltiger Nervenfasern nachweisen können. Der Nachweis der marklosen Nervenfasern mittelst der Golgischen Methode mifslang. Es bildeten sich Niederschläge in den präformierten Lymphräumen, welche wie Ganglienzellen aussahen, in Wirklichkeit aber das Gefäfssystem wiedergaben. — Von den pathologischen Zuständen untersuchte er zunächst die subungualen Blutungen. Bei den idiopathischen Blutungen konnte er in den Nagelschnitzeln eine Eisenreaktion nicht nachweisen, wohl aber bei traumatischen Nagelblutungen. Wichtiger sind seine Untersuchungen über Gangrän des Nagels. In dem ersten Falle war die Extremität wegen Gangrän infolge Thrombose der Vena femoralis abgesetzt worden. Das von der Nagelphalanx gewonnene Präparat war sehr interessant, indem es über das Verhalten der Blutgefäfse Aufklärung gab, da dieselben infolge der Thrombose, wie infolge der Konstriktion durch den elastischen Schlauch bei der Operation stark angeschwollen waren. Die elastischen Fasern waren zum grofsen Teil geschwunden, an einzelnen Stellen bildeten sie kleine Fäserchen, welche sich allmählich auflösten und nicht mehr deutlich differenziert werden konnten. Interessant war ferner der Befund von Vakuolen in dem zwischen

Nagel und Nagelleisten befindlichen subungualen Gewebe. Bei Anwendung der vom Vortragenden angegebenen Nervenfärbemethode, durch welche zugleich das Fett nachgewiesen wird, sieht man in den den Nagelpapillen aufsitzenden Epithelien überall als Zeichen des eintretenden degenerativen Prozesses schwarze Massen auftreten (Verfettung). Dafs in diesem Falle die Kernfärbung stark gelitten hatte, war von vornherein anzunehmen. — Die anderen beiden Fälle betrafen diabetische Gangrän. In dem einen Falle waren die Zehen schon makroskopisch schwarz gefärbt. Als Ursache dieser Schwarzfärbung fand er bei einem Schnitte durch die Nagelleisten alles angefüllt mit dicken schwarzen Pigmentmassen, deren Genese freilich nicht klar ist, da sie keine Eisenreaktion ergaben, also auch nicht einfach als Blutpigment aufzufassen sind. Als Ursache für die Entstehung der Gangrän ergab sich eine hochgradige Arteriosklerose. Was die Nerven anbetrifft, so zeigte sich das perineuritische Gewebe angefüllt mit Rundzellen, während die Axencylinder zum Teil verloren gegangen waren. In Schnitten, in welchen vorwiegend die Markscheiden gefärbt sind, zeigen sie nicht wie normalerweise eine gleichmäfsige Färbung, sondern Körnung und Quellung. Da wir mehrfach mit dem Begriff der neuritischen Gangrän operieren, so ist es wichtig, dafs in diesen Fällen die Arterienerkrankung als die schwerere und primäre, die Nervenveränderung als sekundär zu betrachten ist. — Interessant ist ferner, dafs Redner den Finger einer egyptischen Mumie zu untersuchen Gelegenheit hatte, und dafs die färberischen und sonstigen technischen Methoden genau so gelangen, wie bei einem frischen Finger. — Zur Untersuchung des Unguis incarnatus legte er die Schnitte in der Längsrichtung des von dem Nagel angespiefsten Walles an. Er fand den in dem Walle steckenden Nagel aufgeblättert und in verschiedene Lamellen gespalten, ringsherum ungeheure Kernvermehrung und starke Papillenvergröfserung, sowie auf beiden Seiten der Nagelplatte Schichten von Keratohyalin. — Zum Studium der Onychomykosis legte er an dem erkrankten Nagel eines Elfenbeinarbeiters Schnitte mit der Säge ohne chemische Hülfsmittel an. Es ergab sich, dafs keine Hypertrophie, sondern eine Keratose des Nagels vorliegt, wie Virchow es schon vor langer Zeit behauptet hat. Der Nagel ist verdickt, durchscheinend, die darunter befindliche Masse aber nur teilweise verhornt und ein ziemlich weiches Gebilde. Ein durch den Druck des Schuhwerks deformierter Nagel erwies sich als atrophisch, die Nagelleisten waren nicht wellenförmig, sondern gekerbt wie bei Kondylomen. — Redner hat auch einige Fälle von Ichthyosis congenita untersucht. Während man bei normalen Föten im 7.—8. Monat eine deutliche Nagelanlage — Nagelleisten und darüber die Nagelplatte — findet, ist dieselbe hier nur schwach angedeutet. In dem fötalen Nagelepithel sind Fasern sichtbar, welche vollkommen die Färbung der elastischen Fasern zeigen und auch in der übrigen Nagelphalanx, selbst im rarefizierten Knochen sich finden. — Dann hat der Vortragende einen Fall von Onychogryphosis infolge Nervenverletzung untersucht, bei welchem die erkrankte Hand wegen Unbrauchbarkeit amputiert worden war. Bei einem Querschnitt durch das Nagelbett fällt die überraschend starke Entwickelung der Nagelleisten auf, die, wie auch von Unna in seiner Histopathologie hervorgehoben, zu abenteuerlichen Gebilden ausgewachsen sind. Die Nagelleisten zeigen ferner eine Membrana propria. Die Vergröfserung des Nagels kommt im wesentlichen auf Rechnung des zwischen Nagel und Nagelleisten befindlichen Zwischengewebes. In diesem bemerkt man mannigfache abenteuerliche Gebilde: Hornzüge, Haufen von punktförmigen Körpern, vielleicht mangelhaft verhornten Zellen, Hornzwiebeln und andere undefinierbare Massen. An den Nerven konnte Vortragender eigentümlicherweise keine pathologischen Veränderungen nachweisen. Die geistvolle Theorie Unnas über die Entstehung der Nagelveränderung bei Onychogryphosis konnte er nach seinen Untersuchungen

nicht bestätigen, denn eine Verengerung des Nagelbettes vermochte er nicht zu finden.

Herr Blaschko erstattet alsdann Bericht über die **Sammelforschung betreffs der letzten Herpes zoster-Epidemie in Berlin.** Aus dem ihm zugegangenen mangelhaften Material läfst sich nur entnehmen, dafs im März und April dieses Jahres hier in Berlin eine Häufung von Herpes zoster-Fällen beobachtet worden ist. Ob infektiöse Ursachen oder klimatische Verhältnisse für die Ätiologie in Betracht kommen, liefs sich aus dem Material nicht entscheiden.

Hierauf spricht Herr Blaschko über das **Syringo-Cystadenom.** Vor einigen 20 Jahren hat Kaposi als Lymphangioma tuberosum multiplex eine Geschwulstform beschrieben, wie sie Herr Lesser in der vorigen Sitzung demonstriert hat, bestehend in platten, kleinen, festen Knötchen, welche auf der Brustseite von der Clavicula abwärts bis zu den Hüften sitzen und sich im Laufe der Jahre vermehren. Bei der histologischen Untersuchung erweisen sich dieselben als cystisch. Sie sitzen in der Cutis, nicht in der Subcutis. Hier finden sich eine Reihe runder und ovaler Cysten, in Zellschläuche übergehend, die mitunter verzweigt sind. Jaquet und Darier fafsten diese Bildung als Adenom der Schweifsdrüsen auf und bezeichneten es als Hydradenoma. Andere Autoren haben die Affektion wiederholt beschrieben. Verwirrung wurde in die Materie gebracht, als Brooke unter dem Namen Epithelioma adenoides cysticum kleine Geschwülste des Gesichtes beschrieb und mit dieser Form identifizierte, die in Wirklichkeit nichts mit ihr zu thun hat. Weitere Publikationen über diesen Gegenstand machten Herxheimer (bei Lubarsch und Ostertag) und Fordyce, welcher über Epithelioma of the Skin schrieb. Die meisten Autoren nahmen einen Zusammenhang mit den Talgdrüsen an: Jarisch hat geglaubt, dafs diese cystischen Neubildungen vom Endothel der Kapillaren ausgehen. Nach Blaschkos Untersuchung ist es aufser allem Zweifel, dafs sie von den Ausführungsgängen der Schweifsdrüsen ihren Ausgang nehmen. In den vorzüglich gelungenen Präparaten des Vortragenden sieht man, wie von den Schweifsdrüsenausführungsgängen ein solider Sprofs sich abzweigt, der sich eventuell auch ramifiziert und in eine solche Cyste übergeht. Mitunter setzt sich dieser Strang hinter der Cyste noch weiter fort. Neben der Geschwulst liegen die intakten Drüsenknäuel in der Tiefe. Unna unterscheidet bekanntlich Mifsbildungen und Geschwülste, je nachdem die Gebilde embryonal oder postembryonal entstehen, und rechnet die hier besprochene Form zu den Mifsbildungen. Nach Blaschkos Ansicht läfst sich diese strenge Scheidung nicht machen. — Redner bespricht sodann eine andere von den Schweifsdrüsen ausgehende Geschwulstform, welche er beobachtet hat. Ein Kind hatte auf dem Kopfe eine weiche Geschwulst, welche als Angiom imponierte und als solches auch exstirpiert worden ist. Bei der histologischen Untersuchung stellte es sich jedoch heraus, dafs es sich um kolossal vergröfserte Talgdrüsenknäuel handelte, die freilich keine pathologische Veränderung zeigten. Es ist somit fraglich, ob man diese Bildung als Geschwulst oder als Hyperplasie der Schweifsdrüsen bezeichnen soll. — Wir unterscheiden 1. echte Schweifsdrüsengeschwülste, entweder von den Ausführungsgängen ausgehend: Syringo-Cystadenom, oder von den Knäueln: Spiro-Cystadenom; 2. Schweifsdrüsengangsgeschwülste zum Teil cystischer, zum Teil verruköser Beschaffenheit; 3. Geschwülste, deren Zugehörigkeit zu den Schweifsdrüsen zweifelhaft ist, wie das Epithelioma cysticum von Brooke, das aller Wahrscheinlichkeit nach von den Talgdrüsen ausgeht; 4. die als Horncysten beschriebenen Geschwülste, welche in der Cutis nahe der Epidermis liegen und, je nachdem sie oberflächlicher oder tiefer liegen, hornigen oder schleimigen Inhalt haben. Auch sie entstammen wahrscheinlich den Schweifsdrüsen.

Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr.

Aus den letzten Sitzungen sind folgende Themata von Interesse für den Leserkreis dieser Zeitschrift:

Über Behandlung der Bubonen spricht Storp. Der Vortragende hat Bubonen mit Injektion von Hydrargyrum benzoicum behandelt. Von 46 Fällen entzogen sich 13 der Behandlung; in 22 erfolgte Resorption, in 11 wurde am 2.—3. Tage eine kleine Incision, in 2 ausgiebige Spaltung gemacht, in 3 trat Perforation der Haut ein, in 3 war diese beim Eintritt in die Behandlung schon vorhanden. Bei den letztgenannten Fällen wurde in die Fisteln injiziert. Was die Zahl der Injektionen betrifft, so waren 25mal 1 Injektion, 10mal 2, 4mal 3 Injektionen nötig; jedesmal wurden 2—6 ccm eingespritzt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 12,8 Tage, wobei noch zu berücksichtigen ist, dafs es sich meistens um schwerere Fälle handelte. Über die Wirkungsweise äufsert sich Verfasser dahin, dafs von einer Abtötung der Keime keine Rede sein kann, da der Eiter sich gewöhnlich als steril erwies. Auch Spietschka hat in Bubonen vergeblich nach Bakterien gesucht. Auch in anderen Drüseneiterungen, z. B. Eiterungen der Axillardrüsen findet man oft keine Bakterien. Die Drüsen scheinen als Filter für die Bakterien zu dienen, sie fangen sie auf, vernichten sie, werden selbst aber durch den Einfluſs der Toxine in eiterige Entzündung versetzt. Die Wirkung der Injektionen mufs wohl als eine die Toxine neutralisierende angesehen werden. Der Vortragende hat die Überzeugung, dafs die Injektionsbehandlung der Bubonen die operative überflüssig machen wird.

Hoeftmann führt in der Diskussion aus, dafs er nach der Vernichtung des infektiösen Charakters des Ulcus molle durch Karbolsäure die Bubonen mit dem Lanzenmesser punktiert, dann mit der Sonde eingeht, die Septa mit derselben zerstört, ohne natürlich nach hinten zu perforieren, und einen Kompressivverband anlegt; eventuell wird das 1—2mal wiederholt. Oft tritt schon Heilung in drei Tagen ein. — Caspary hebt hervor, dafs nicht alle Autoren mit dem Welanderschen Verfahren so gute Resultate erzielt haben.

Über den Sitz der latenten Syphilis spricht Caspary. Zweifellos kann die Syphilis heilen. Das beweisen die Reinfektionen und der klinische Verlauf. Fournier bezweifelt es allerdings. Entscheidung könnten nur Impfungen bringen, die man aber nicht vorzunehmen wagt. Früher nahm man von humoralpathologischen Gesichtspunkten an, dafs das Blut der Sitz des Virus sei. Virchow bekämpfte diese Ansicht. Die chronische Dyskrasie erfordere nicht, dafs das Blut immer krankhafte Stoffe enthalte. Das könne auch nur periodisch der Fall sein. Das Virus könne sich auch nicht ausschliefslich in den Drüsen verstecken. Davon abweichend ist die Meinung, dafs eine jede einmal erkrankte Stelle ein Depot des Virus enthalte. Neumann sprach 1885 zuerst von Reproduktionsherden der Syphilis. Er fand histologische Veränderungen in Gestalt von Zellinfiltraten noch lange nach Ablauf der klinischen Erscheinungen, selbst Jahre hindurch. Die Schlüsse Neumanns sind nicht berechtigt, zumal er zu einem Verbot des Coitus während des ganzen kondylomatösen Stadiums komme. Der Vortragende hat excidierte Stellen aus den Gesichtsnarben eines hereditär luetischen jungen Mannes untersucht; er fand Haufen von Rundzellen an den Gefäfsen und Drüsen. Seine Vermutung geht nun dahin, dafs an erkrankt gewesenen Stellen leichter Reizzustände eintreten, gleichgültig, ob die Erkrankung eine luetische gewesen oder nicht. Um das zu entscheiden, wurden sechs Hautstücke und Narben näher untersucht. Es zeigte sich nun, dafs da sich Zellanhäufungen um Gefäfse und Drüsen und unterhalb der Papillen sich fanden, wo Druck oder Zerrung bestand, auch hier war die Zellauswanderung eine unbedeutende. Diese Befunde lassen es zweifelhaft erscheinen, ob die Schlüsse von Neumann berechtigt sind, ob es sich in

seinen Fällen um Reproduktionsherde der Syphilis handelte. Die Pseudoinduration an Stelle früherer Sklerosen beweisen nichts; der Reizzustand besteht hier nicht, weil Lues vorhanden war, sondern weil sich da überhaupt etwas Krankhaftes abspielte.

Eine eigentümliche Angioneurose einer Gesichtsseite demonstriert Aschkanazy. Eine Patientin zeigt nach dem Genuſs saurer Speisen, weniger nach bitteren Stoffen eine Rötung und Schweiſsbildung der rechten Wange. Brown-Séquard hat vor 40 Jahren nachgewiesen, daſs bei bestimmten Individuen nach Genuſs bestimmter Speisen Gesichtsrötung eintritt, aber beiderseitig. Henel hat die Affektion an sich einseitig beobachtet. Er hatte, wie die vorgeführte Patientin, eine Parotitis als Kind überstanden. Bei ihm genügte das Bestreichen der Mundschleimhaut mit der Federpose, um reflektorisch Vasodilatation auszulösen. Die meisten Autoren heben das Kauen als Veranlassung hervor; eine Rolle spielt aber dabei sicher die vorausgegangene Parotitis. Botkin stellt folgende Theorie auf: Während der akuten Entzündung entstand eine Hyperämie durch Reizung der peripheren Hemmungscentren der Vasomotoren, die nicht erlischt. Schweninger und Buzzi nehmen an, daſs durch die Parotitis eine Kompression der Vasomotoren und dadurch eine neuroparalytische Wirkung zu stande kommt, welche aber nur bei starker Reizung zur Geltung gelangt. Vielleicht werden auch im Facialis verlaufende Hemmungsnerven für die Vasodilatation zerstört. Das Vorkommen dieser Affektion bei Facialisparalyse spricht dafür. — In der Diskussion weist Lichtheim auf das Vorübergehen der Rötung des Ohres bei Kaninchen nach Durchschneidung des Sympathicus hin. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 25. November 1897 und 27. Januar 1898.

1. **Ein Fall von Lichen ruber planus mit Lichen acuminatus-Knötchen,** von S. Róna. Die 20jährige Puella publica hat nebst Syphilis einige ausgesprochene Lichen planus-Knötchen und zahlreiche Pigmentflecke auf dem ganzen Körper, Reste der Lichen planus-Knötchen. Auſserdem sind zahlreiche Lichen acuminatus-Knötchen auf dem Bauche und dessen Umgebung lokalisiert, die Haarfollikel ragen nämlich hanfkorngroſs empor, in deren Mitte ist ein Hornpfropf zu sehen. Diese Knötchen haben zumeist eine weiſse Farbe und bloſs die zurückgebildeten zeigen eine geblich-braune Farbe. Patientin wurde nie mit Arsen behandelt. R. hatte bereits Gelegenheit mehrere Fälle zu sehen, bei denen eine solche Anzahl von Acuminatus-Knötchen mit Lichen ruber planus zusammen vorkamen. Er demonstrierte den Fall aus dem Grunde: 1. Um solche gemischte Lichen planus-Fälle genauer zu besprechen. Seiner Auffassung nach gehören diese Acuminatus-Knötchen zum Lichen planus und es ist das keine Komplikation des Lichen planus mit der Pityriasis rubra pilaris, a) weil unter diesen Knötchen das Derma stets infiltriert ist, b) weil nach deren Zurückbildung stets eine sepiabraune Pigmentation auftritt und c) weil dieselben nicht recidivieren. 2. Hat der Fall ein therapeutisches Interesse, a) indem diese Patientin nie Arsen bekam und der gröſsere Teil der Efflorescenzen dennoch heilte, b) auf äuſsere Mittel (Pyrogallol und Chrysarobin) heilt auch ein groſser Teil der Lichen planus-Fälle.

2. **Ein Fall von Seborrhoea circinata,** von S. Róna. Der 38jährige Kranke hat seit einem Jahre auf dem Rumpfe einen juckenden Ausschlag. In der Gegend des Manubrium sterni und des ersten Brustwirbels zwischen den Schulterblättern sind teilweise hanfkorn- bis linsengroſse mit seborrhoischen Krusten bedeckte in der Mitte eingesunkene gelblichbraune Knötchen zu bemerken, teilweise linsen- und noch gröſsere runde mit seborrhoischen Schuppen bedeckte Kreise vorhanden. Die

allgemeine Hautdecke im übrigen und die Schleimhaut ist normal. Die behaarte Kopfhaut ist diffus mit Schuppen bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung ergab blos Epithelien und Diplokokken. Diese Krankheitsform, welche Besnier und Unna Eccema seborrhoicum nennen, ist eine ziemlich häufige. Besnier hat bei solchen Fällen zu gleicher Zeit ähnliche Veränderungen auf der Zunge gesehen. R. möchte nun erörtert wissen den Zusammenhang dieser Läsionen mit dem Ekzem und ob die anderen Herren bei dieser Erkrankungsform auf der Zunge ähnliche Veränderungen zu gleicher Zeit bereits beobachtet haben. R. hat letzteres noch nicht beobachtet, und betrachtet diesen pathologischen Prozefs als nicht zum Ekzem gehörig.

Schwimmer hält die Nomenklatur des Eccema seborrhoicum für keine glücklich gewählte, weil selbe leicht zu Irrtümern führt; die mit dieser Bezeichnung erwähnte Krankheit kennt er nicht. Diese von Unna so benannte Affektion könnte er leicht mit Psoriasis bezeichnen. Diesen vorgestellten Fall hält er für eine dem Herpes tonsurans ähnliche, auf mykotischer Basis beruhende Erkrankung. Ob die Glossitis exfoliativa mit dieser Erkrankungsform in verwandtschaftlichem Konnexe steht, läfst sich wohl von einem Falle nicht erschliefsen, ist aber allerdings von Interesse. — Havas schliefst sich auch der mykotischen Ätiologie an, selbst die seborrhoischen Veränderungen beruhen auf einer Pilzerkrankung. — Beck meint, dafs in einem solchen Falle Unna die Diagnose auf Eccema seborrhoicum machen würde. — Róna bemerkt dazu, dafs er den Fall aus den vorhin erwähnten Gründen demonstrierte. Was die Pilze anbelangt, konnte er trotz der genauen Untersuchungen solche nicht finden.

3. **Eine den Lichen ruber planus vortäuschende Hautaffektion,** von S. Róna. Die 19jährige Puella publica wurde auf seiner Abteilung wegen Syphilis und Scabies behandelt. Nach 20 Einreibungen entwickelten sich ekzematöse und hauptsächlich perifollikulitische Läsionen unter den Brüsten und auf dem Bauche. Die Behandlung wurde daher eingestellt, dieses arteficielle Exanthem blieb nun zurück. Zur Zeit sind an Stelle der Läsionen nach deren Abschuppung den Lichen planus täuschend imitierende polygonale mit Dellen versehene wachsglänzende Papeln zu sehen. R. hatte Gelegenheit schon öfter auf arteficieller Basis ähnliche vortäuschende Imitationen zu sehen.

4. **Ein durch Massage gebesserter Fall von Elephantiasis Arabum,** von Schein. Der 29jährige Kranke datiert seine Erkrankung seit sechs Jahren. Die Schwellung hat eigentlich erst in den letzten zwei Jahren an Dimensionen zugenommen. Der ganze Fufs bis zum Oberschenkel ist mächtig verdickt, diese Schwellung ist zumeist um die Malleolen entwickelt. Auf dem Fufsrücken ist eine handtellergrofse papilläre Geschwulst, auf den Zehen und den übrigen Teilen des Fufses sind hanfkorn-, linsen- bis haselnufsgrofse Knoten zu tasten. Die Haut ist an den meisten Stellen bretthart, auf einzelnen Stellen verfärbt, von ihrer Basis nicht abhebbar. Auf verschiedenen Stellen können teilweise einige Tropfen Eiter oder Lymphe, teilweise Serum herausgepreſst werden. Patient hatte grofse Schmerzen, welche ihm die Nachtruhe raubten. Patient wird seit 5½ Monaten mit nassem Kaliumpermanganat-Kompressen und Sublimatumschlägen behandelt, da das sich ablösende Epithel zerfallen ist und einen penetranten Geruch verbreitete; später als die Schmerzhaftigkeit nachliefs, wurden Permanganat-Kompressionsverbände angewendet, abwechselnd mit Massage. Das Resultat war ein überraschendes, die Schwellung und das Infiltrat gingen zumeist zurück, der Fufs wurde gebrauchsfähig. Er möchte diese Behandlungsmethode selbst bei Unterschenkelgeschwüren sehr empfehlen. Nach Rückbildung der Schwellung erwiesen sich die oben angeführten Knoten als lupöse Veränderungen. — Róna empfiehlt ebenfalls die Massage, er hatte auch gute Resultate damit erzielt.

5. **Ein ausgebreiteter Fall von Acne necrotica,** von Perémy. Der 33jährige Patient bemerkt seit drei Jahren einen Ausschlag auf dem ganzen Körper. Auf den unteren Extremitäten und auf dem Bauche sind zahlreiche teilweise alleinstehende, teilweise zusammenfliefsende Kreuzer- bis Handflächen grofse ausgebreitete rotbraune bis schmutzigbraune Pigmentflecke zu sehen, an deren Stellen die Haut teilweise atrophiert, teilweise im Niveau eingesunken, und daselbst mit feinen Schüppchen bedeckt ist. Ähnliche im minderen Mafse ausgebreitete Veränderungen sind auch auf den oberen Extremitäten zu sehen, mit dem Unterschiede, dafs hier die Efflorescenzen Knötchen bilden, welche im Verlaufe von 3—4 Monaten sich in Pusteln verwandeln, welche schliefslich eintrocknen und Borken bilden. Der Fall bietet insofern Interesse, weil die Affektion in solcher Ausbreitung allerdings eine seltenere genannt werden kann.

6. **Ein Fall von Syphilis gummosa der Zunge,** von Perémy. Der 32jährige Patient meldete sich vor einigen Monaten mit einem geschwürigen Zerfall der Zunge, welcher thalergrofs links in der Mitte und am Rande der Zunge seinen Sitz hatte, die Ränder waren aufgeworfen und hart infiltriert. Die Submaxillardrüsen etwas vergröfsert und knorpelhart. Dieses Geschwür heilte im Verlaufe von zwei Wochen auf 2%ige Pyoctaninlösungen. Zwei Monate darauf bildete sich ein ähnliches Geschwür auf der rechten Seite der Zunge, welches ebenfalls auf diese Behandlung in drei Wochen heilte. Vor einigen Wochen meldete Patient sich wieder und zwar mit Veränderungen der beiden ersten Stellen. Daselbst waren Infiltrate zu tasten, die noch nicht zerfallen waren, die Schleimhaut war aber auf beiden Stellen verfärbt. P. hatte nun doch Verdacht, dafs es sich um eine Syphilis handelte, und nicht um eine maligne Neubildung. Er konsultierte Herrn Justus, der die Diagnose auf Syphilis stellte, welche sowohl durch seine Blutuntersuchungen als auch durch die antisyphilitische Kur bestätigt wurde. Exantheme oder sonst andere luetische Veränderungen hatte Patient angeblich nie, selbst auf eine Infektion kann er sich nicht erinnern.

7. **Ein Fall von Sclerodermia universalis,** von A. Alpár (Aschner). Die 62jährige Patientin zeigt das typische Bild der universellen Sklerodermie Das Leiden begann vor sechs Monaten; sie bemerkte, dafs der Bauch gespannt wurde, ohne dafs sie welche sichtbaren Veränderungen daselbst bemerkt hätte. Der Ausgangspunkt der Affektion war also der Bauch, von wo sich dieselbe beinahe auf den ganzen Körper verbreitete, hauptsächlich auf die unteren Extremitäten, in dem Mafse, dafs Patientin seit drei Monaten in ihren Bewegungen gehindert ist, die Beine können nicht im Kniegelenk gebogen werden, der Gang ist ganz steif. Nebstdem ist das Allgemeinbefinden ein gutes, blofs seit zwei Monaten entwickelten sich auf mehreren Stellen des Körpers Geschwüre verschiedener Gröfse, welche Schmerzen verursachen. — Bei der Patientin ist die Affektion zumeist noch im hypertrophischen Stadium, nur in der Gegend der Kniegelenke ist die Haut bereits atrophisch. Beide Formen der Sklerodermie sind bei der Patientin vorhanden. So ist die Erkrankung eine diffuse vorne von den Brustwarzen, rückwärts von den Schulterblättern begonnen, abwärts bis zu den Füfsen. Die Haut ist infiltriert, hart, wachsartig glänzend, der Rumpf ist panzerartig. In den Inguinalgegenden und Schenkelbeugen ist die Haut beinahe knochenhart, schmutzigbraun verfärbt. Auf den oberen Extremitäten und auf dem Halse zeigen sich die Veränderungen bandartig und en plaques. Auf dem Bauche und um die Kniegelenke sind zahlreiche erbsen-, kreuzer- bis thalergrofse Geschwüre vorhanden. — Was das ätiologische Moment bei diesem Falle anbelangt, scheint dasselbe, obzwar seitens des Nervensystems keine nennenswerte Veränderungen zu konstatieren sind, auf einer Trophoneurose zu beruhen, dafür scheint auch der Umstand zu sprechen, dafs bei diesem kurzen Bestande der Erkrankung bereits spon-

taner Gewebszerfall in der Haut eingetreten ist. Patientin wird derzeit mit Thyreoidtabletten behandelt, da mehrererseits von guten Resultaten berichtet wird, aufserdem erhält sie Massage.

8. **Ein Fall von Morbus Jadassohni**, von S. Róna. Patient ist 31 Jahre alt, dessen Vater an unbekannter Krankheit, die Mutter an Tuberkulose starb. Vor fünf Jahren acquirierte er ein Geschwür, ein halbes Jahr darauf bekam er ein Exanthem, hauptsächlich auf den Oberarmen, gegen welches er eine Schmierkur benutzte. Vor vier Jahren lag er drei Wochen in einem Provinzhospitale mit einem Exanthem und Rachenschmerzen und Fieber, er wurde auf eine Infektionsabteilung transferiert, welche er in demselben Zustande verlassen hat. Vor zwei Jahren bekam er wieder ein Exanthem auf dem ganzen Körper, er bekam Inunktionen und wurde geheilt entlassen, aber nach einigen Monaten recidivierte das Leiden. — Patient ist hochgradig anämisch, auf beiden Dorsalflächen der Hände und Unterarme sind hanfkorn- bis linsengrofse runde und ovale blafs rotbräunliche nicht schuppende flache Papeln vorhanden, zerstreut ähnliche auf den Handtellern. Aufserdem auf den Oberarmen und dem Halse, in minderer Anzahl auf dem Rumpfe; dicht auf dem Gesäfse und dem Unterschenkeln, so auch auf dem Penis, Fufsrücken und Fufssohlen teilweise ähnliche Papeln, teilweise nur weifse linsengrofse und polygonale Form zeigende Schuppen, welche den ichthyotischen Schuppen ähneln. Die Schleimhaut ist normal, subjektive Symptome sind nicht vorhanden. In der rechten Inguinalgegend bohnengrofse Drüsen, auf der Eichel eine nagelgrofse Narbe. Infiltration der rechten Lungenspitze, Bronchitis und Nachtschweifse. — Dieser Fall repräsentiert denselben pathologischen Prozefs, wie derjenige Fall, den Jadassohn im Jahre 1894 auf dem Breslauer Dermatologenkongresse als ein „psoriasiformes und lichenoides Exanthem" vorstellte und den auch R. gesehen hat. Er hatte Gelegenheit bereits mehrere ähnliche Fälle zu beobachten, von deren Beobachtungsresultate er bei Gelegenheit referieren will.

9. **Über Spirillen bei Balanoposthitis circinata**, von Csillag. Im Jahre 1891 beschrieben Berdall und Batailie eine circinäre Form von Balanoposthitis, welche dadurch charakterisiert ist, dafs sich scharfrandige, weifslich begrenzte kreisrunde Erosionen auf der Eichel und auf dem inneren Blatte des Präputium entwickeln, welche langsam vorschreitend die ganze Eichel und Präputium ergreifen, und blofs zwischen den Kreissegmenten einzelne gesunde Inseln zurücklassen. Eine analoge Erkrankung mit der der Männer konnten sie, wenn auch sehr selten, bei Frauen auf der Vulva nachweisen, und zwar auf Grundlage bei beiden Affektionen vorkommender Mikroorganismen — Spirillum genannt. Die Dauer dieser Affektion beträgt 3—4 Wochen, es wird dabei ein reichlich stinkender Eiter secerniert und bei beiden Geschlechtern tritt häufig eine leichte Lymphangitis und Lymphadenitis als Komplikation hinzu. Die Mikroorganismen dieser Affektion sollen sehr leicht überimpfbar und sehr infektiös sein. — Verfasser hat nun in dieser Richtung Untersuchungen gemacht und fafst seine Resultate in folgendem zusammen: 1. In den bis jetzt untersuchten sieben Balanoposthitisfällen konnte er stets in dem Eiter eine Spirillumart in grofser Menge vorfinden. 2. Er konnte diese Spirillen in dem reichlichen Eiter ausgesprochener Circinärform bei einer Puella publica, und in dem mäfsig secernierten Eiter zweier Puellae publicae vorfinden, nämlich bei solchen Erkrankungen, welche auf der Clitoris und dem Praeputium clitoridis lokalisiert sind und ein analoges makroskopisches Bild bieten mit der Erkrankung bei Männern. 3. Er konnte dieselben auch nachweisen in dem Eiter einer jungen deflorierten Kranken, bei der die äufseren Genitalien, hauptsächlich die Gegend der Clitoris mit reichlichem stinkenden Eiter bedeckt war und mit 20—25 rundlichen Excoriationen besät war. 4. In dem normalen Smegma von 3 Männern und 16 Frauen konnten diese Spirillen nicht nachgewiesen werden. —

Die Spirillen haben eine Länge von 10—20 μ, eine Breite von $^1/_4$—$^1/_3$ μ, färben sich gut in 5 %iger Karbol-Fuchsinlösung, mit gewöhnlichen Anilinfarben nur schwach, nach Gram, so auch nach Ziehl-Neelsen, Gabbet gar nicht.

A. Alpár (Aschner)-Budapest.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 43 und 44. 1898.

Festschrift für F. J. Pick.

(Fortsetzung; s. Ref. S. 75 ff. in Heft 2.)

XVII. **Beitrag zur Kenntnis der wiederkehrenden makulösen Syphilide,** von Hartung-Breslau. Der Verfasser beschreibt kurz sechs Fälle, welche das Gemeinsame haben, dafs ein verschwundenes, makulöses syphilitisches Exanthem annulär wiederkehrt, dafs die Wiedererscheinungen sich über mehrere Jahre erstrecken. In den einen Fällen ist deutlicher Rückgang des Exanthems auf Hydrargyrum zu verzeichnen, die anderen werden durch dasselbe nicht beeinflufst und verschwinden ohne Therapie. — Von der Überzeugung ausgehend, dafs die Syphilis eine durch Mikroorganismen bedingte Infektionskrankheit ist, findet der Verfasser die Erklärung der annulären Wiederkehr syphilitischer Propagationen in der Haut nicht zu schwierig. Wie die Macula anderer Infektionskrankheiten ist auch der Roseolafleck ein Ausdruck bakteritischer Gefäfsinvasion. Wenn dem ersten allgemeinen Schub, der das von seinem ursprünglichen Herd bereits in weitere Drüsengebiete langsam eingeschleppte geformte Virus mit einem Male in die Blutbahn wirft, ein zweiter Schub folgt, so wird dieser wenigstens an den Stellen, an denen die Macula bestand, voraussichtlich nur ringförmig auftreten, denn die lokalen Veränderungen im Gebiete der Macula, die zellige Hyperplasie, die Cirkulationsstörungen in den Kapillaren bleiben auch nach dem Verschwinden der Macula in beschränkter Weise bestehen. Ein Teil der geformten Krankheitsträger wird im Centrum liegen bleiben und dem Zerfall anheimfallen, ein anderer, in die Umgebung hineingeschwemmter wird seine gewöhnliche klinische Bethätigung beginnen, d. h. zunächst die nun annuläre Macula hervorbringen. Deshalb soll nicht bestritten werden, dafs eine Ringform sich im Neumann'schen Sinne aus einer Macula entwickeln kann, aber ohne Zweifel entsteht diese Ringform auch als neuer Exanthemschub gewissermafsen primär. Damit ist allerdings noch nicht erklärt, warum das einzelne Individuum gerade diese Erscheinungsform befällt, warum nicht der sonst fast typische Verlauf eingehalten bleibt. Ob der Grund für die Verschiedenheit dieser Erscheinungen in der Multiplizität des aufgenommenen Giftes oder in seiner individuellen Virulenz liegt, läfst sich nicht mit Bestimmtheit sagen.

XVIII. **Über Immunität und Superinfektion bei chronischer Blennorrhoe,** von J. Jadassohn-Bern. Nach einer kurzen Erörterung über chronische und latente Blennorrhoe stellt der Verfasser auf Grund mehr oder weniger allgemein anerkannter Thatsachen über Immunität, Gewöhnung, Virulenzveränderung etc. folgende Thesen auf: 1. Wir wissen nichts von einem Verlust oder einer Abschwächung der Infektiosität eines blennorrhoischen Prozesses, so lange noch Gonokokken bei ihm nachzu-

weisen sind. 2. Wir wissen nichts von einer angeborenen Immunität derjenigen Organe, welche im allgemeinen leicht blennorrhoisch erkranken. Doch ist es selbstverständlich, dafs äufsere Umstände eine solche Immunität vortäuschen können, und dafs wie auf alle Reize, so auch auf die Gonokokken die verschiedenen Individuen sehr verschieden reagieren. 3. Wir müssen annehmen, dafs die nicht besonders disponierten Organe teils in verschiedenem Alter, teils auch bei verschiedenen Individuen eine sehr verschiedene Empfänglichkeit gegenüber dem blennorrhoischen Virus haben. 4. Wir wissen nichts von einer Immunisierung des Organismus durch das Bestehen einer Blennorrhoe; eine selbst lange Zeit andauernde, wirklich chronische Blennorrhoe in einem Organ verhindert nicht, dafs ein anderes Organ durch die im Organismus vegetierenden Gonokokken in ganz akute Entzündung versetzt wird (z. B. akute Epididymitis bei chronischer Urethralblennorrhoe). 5. Eine Immunität irgend eines Organs, welche die Erkrankung auch nur einigermafsen überdauert, giebt es auch nach langdauernder Blennorrhoe nicht. — Sind diese Punkte im ganzen klar gestellt, so ist dies bei folgenden Fragen noch nicht der Fall: 1. Wie erfolgt die Gewöhnung eines an Blennorrhoe erkrankten Organes an die in ihm vegetierenden Gonokokken? 2. Geht diese Gewöhnung so weit, dafs jede pathogene Wirkung aufhört, so dafs die Gonokokken zu reinen Saprophyten werden? 3. Wie verhalten sich chronisch blennorrhoische Schleimhäute gegen Superinfektion mit fremden Gonokokken? — Zur Erklärung der Gewöhnung kann man annehmen: I. eine Änderung des Organismus a) im ganzen, b) des erkrankten Organes; II. eine Veränderung der Gonokokken. Die experimentellen Arbeiten von Werthheim sprechen mehr für die zweite Annahme, dafs die Gonokokken bei chronischer Blennorrhoe in ihrer Infektionstüchtigkeit im allgemeinen ungeschwächt, dafs sie aber soweit verändert sein können, dafs sie die an sich gegen Gonokokken reaktionsfähige Schleimhaut nicht mehr zur Reaktion veranlassen können. Die klinische Erfahrung lehrt indessen, dafs es chronische Blennorrhoen giebt, welche auf Vermehrung der eigenen Gonokokken oder auf eine Neuimpfung mit ihnen noch mit akuter Entzündung regieren. Die Frage, ob die Gewöhnung so weit geht, dafs jede pathogene Wirkung aufhört, dafs die Gonokokken zu reinen Saprophyten werden, verneint Verfasser ganz entschieden. Gegenüber der Ansicht Guiards, dafs Gonokokken vorhanden sein können, wenn man keine Spur von Entzündung mehr findet, betont Verfasser, dafs er niemals bei einem männlichen oder weiblichen Individuum, von dem eine Infektion ausgegangen war, mikroskopisch die Zeichen der Entzündung (ebensowenig wie die Gonokokken) vermifst habe, so gesund solche Individuen auch bei reiner Inspektion oft zu sein schienen. In dieser Ansicht stimmt Verfasser mit Bumm, Menge, Sänger, Touton u. a. überein. Die histologischen Befunde Bumms haben jedoch unter anderem den Beweis geliefert, dafs es in der That bei der Blennorrhoe eine Zellenimmunität ohne nachweisbare morphologische Veränderung giebt. Diese Immunität besitzen nach Bumms Beschreibung die ganz normal aussehenden Cylinderzellen des Uterus, die in nächster Nachbarschaft der infizierten Zellen liegen. — Was die Reaktion chronisch blennorrhoischer Schleimhäute auf fremde Gonokokken betrifft, so kommen nach den bisherigen Beobachtungen folgende Möglichkeiten vor: 1. Die chronisch blennorrhoische Schleimhaut reagiert durch eine Steigerung der Entzündung sowohl auf eine Vermehrung der eigenen Gonokokken als auf eine Inokulation mit fremden. 2. Sie reagiert auf die eigenen Gonokokken nicht mehr mit akuter Entzündung, wohl aber auf fremde (oder umgezüchtete). 3. Sie reagiert weder auf die eigenen, noch auf fremde Gonokokken; sie ist immun gegen akute Blennorrhoe.

XIX. **Zur Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen**, von Jarisch-Graz. Der Verfasser beschreibt zunächst sehr ausführlich die Krankengeschichte zweier

Fälle, von denen der erste als Pemphigus serpiginosus vegetans zu bezeichnen ist. Derselbe zeigte, hartnäckig allen therapeutischen Maßnahmen widerstehend, keinerlei Tendenz zur Abheilung und nahm einen schweren, schließlich letalen Verlauf. Der zweite Fall gehört der von Hebra als Pemphigus serpiginosus benignus bezeichneten Form an, zeigte sich bis zu einer gewissen Grenze besserungsfähig und verlief relativ leicht und gutartig. Die Schleimhäute waren hier intakt geblieben. — Die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, welche Verfasser eingehend bespricht, stehen mit den anatomischen Befunden von Luithlen und Kromayer nicht im Einklange. Diese beiden Autoren fanden in den von ihnen untersuchten Fällen eine totale Abhebung des gesamten Rete und behaupteten, daß der Blaseninhalt bei Pemphigus eine macerierende Einwirkung auf normale Haut ausübe und eine Lockerung des Zusammenhanges zwischen Cutis und Epithel herbeiführe. Im Gegensatz hierzu fand Verfasser in dem ersten von ihm beschriebenen Falle die Ablösung zwischen Basalzellenschicht und dem übrigen Rete, in dem zweiten zwischen Stratum granulosum und Stratum lucidum. Somit giebt es zweifellos Pemphigusfälle, bei welchen eine macerierende Wirkung des Blaseninhaltes im mikroskopischen Bilde nicht zum Ausdruck gelangt. Vielmehr scheinen hier rein mechanische Verhältnisse einer stürmischen Transsudation bestimmend zu sein. Die totale Ablösung der Epidermis allein kann als Kriterium der Pemphigusblase nicht hingestellt werden. Eine sichere Feststellung der Beziehungen des Baues der Pemphigusblasen zu gewissen klinischen Eigentümlichkeiten bleibt noch weiteren Forschungen vorbehalten.

XX. **Über viscerale Lepra**, von Max Joseph-Berlin. Verfasser glaubt, daß jeder kasuistische Beitrag zu der noch so wenig studierten Frage der visceralen Lepra nützlich sein könne, wenngleich man aus der Untersuchung eines einzelnen Falles nicht zu allgemeine Schlüsse ziehen solle. Er hatte Gelegenheit von einem typischen Falle von Lepra tuberosa, welcher nach ungefähr zwanzigjähriger Krankheitsdauer zur Sektion kam, und von dem klinisch nichts besonders Bemerkenswertes zu berichten ist, die Leber, Milz, Niere und Zunge zu untersuchen. In der Leber, Niere und Zunge konnte trotz eifrigen Suchens keine Spur von Leprabacillen entdeckt werden; dagegen war der Bacillenreichtum in der Milz ein enormer. Makroskopisch wies nichts auf diesen Bacillenreichtum hin. — Der Verfasser beschreibt das Verfahren, dessen er sich bei der mikroskopischen Untersuchung bedient hat. Die Milz wurde in kleinere Stücke zerlegt, in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet. Die möglichst dünnen Schnitte wurden nach Durchprobierung aller Färbemethoden am besten 24 Stunden lang in einer Karbolfuchsinlösung gefärbt, einige Minuten in einem schwach mit koncentrierter Salpetersäure versetzten 70%igen Spiritus entfärbt, alsdann in Wasser einige Minuten abgespült, in alkalischer Methylenblaulösung nachgefärbt. Hierauf folgte Abspülung in Wasser, Alkohol, Xylol und Balsam. Die auf diese Weise gefärbten Präparate halten sich jahrelang. Bei schwacher Vergrößerung sieht man zahlreiche größere und kleinere rotgefärbte, vorwiegend rundlich gestaltete Herde, in deren Mitte, oder mehr am Rande man Arterienäste, zumeist feinere Äste der Arteria lienalis verlaufen sieht, wodurch die Beziehung der rotgefärbten Herde zu den Arterien klar wird. Diese Herde sind, bei schwacher Vergrößerung gesehen, aus einzelnen blasenförmigen Gebilden zusammengesetzt. Bei starker Vergrößerung findet man diese blasenförmigen Gebilde mit zahlreichen Leprabacillen gefüllt. Außer diesen Konglomeraten sieht man in allen Präparaten fern von den Lepraherden einzelne Zellen, welche Bacillen enthalten; ferner Zellen, die in einer scharf begrenzten Vacuole eine größere Anzahl von Bacillen beherbergen; und schließlich große, blasige Zellen mit deutlichem Kern, welche eine große Menge von Mikroorganismen bergen. Man kann somit thatsächlich einen kontinuierlichen

Übergang herstellen von der Zelle, die nur einzelne Bacillen enthält, bis zu den mit Bacillen vollgepfropften blasigen Gebilden. In den letzteren läßt sich allerdings nur in sehr wenigen Fällen ein deutlicher Kern nachweisen, wodurch ihr Zellenursprung erst sicher bewiesen würde. Auf Grund seiner Untersuchungen hält Verfasser in Übereinstimmung mit Neisser an der Thatsache der intracellulären Existenz für die Mehrzahl der im Organismus befindlichen Bacillen fest. Die Frage: Auf welchem Wege verbreiten sich die Leprabacillen? beantwortet Verfasser dahin, daß, da die Blutgefäße, Arterien wie Kapillaren, in keinem einzigen Gefäßlumen Bacillen enthalten, in den Lymphgefäßen resp. Lymphspalten sich solche vorfinden, auch diese es sind, durch welche die Leprabacillen sich verbreiten. Die enorme Menge der Bacillen, sowie die Form derselben führt Verfasser als Charakteristica zum Unterschiede von Tuberkulose und Tuberkelbacillen an. Daß die Milz so stark von Leprabacillen heimgesucht ist, nimmt nicht Wunder, da sie zur Blutbildung in inniger Beziehung steht.

XXI. **Über Miliartuberkulose der Haut und der angrenzenden Schleimhaut. Tuberculosis miliaris s. Tuberculosis propria cutis et mucosae**, von M. Kaposi-Wien. Nach einem kurzen Überblick über die in der Litteratur bisher publizierten Fälle von Hauttuberkulose giebt er eine Detailanalyse von 22 klinischen Fällen teils der ambulanten, teils der Privatpraxis angehörig. Unter denselben gehören 18 dem männlichen, 4 dem weiblichen Geschlechte an. Die Patienten stehen im Alter von 28—60 Jahren. Der Beginn der Affektion ist in nahezu ein drittel der Fälle auf wenige Wochen oder Monate zurückdatiert, in allen anderen höchstens auf 3—4 Jahre, so daß im allgemeinen die Entwickelung ziemlich rasch erfolgte. 12 von 22 starben in der Klinik und wurden seciert. Meistens handelte es sich bei ihnen um Lungen-Kehlkopftuberkulose, Tuberkulose der Mundschleimhaut, des Darmes, des Hodens. In 8 Fällen war lediglich die Haut, in 8 Fällen Haut und Schleimhaut erkrankt. Die Krankheit war lokalisiert an der Ohrmuschel und Umgebung, Nasenrücken, Nasenflügel, Nasenspitze, Septum narium cutaneum, Oberlippe, Unterlippe, Mundwinkel, Kinn, Nates, Ellenbogen etc. — Was den klinischen Charakter der Tuberculosis propria cutis betrifft, so ist derselbe in dem Geschwüre am prägnantesten ausgedrückt. Dasselbe stellt zumeist einen sehr seichten Substanzverlust dar mit feinzackigen, wie ausgenagten Rändern, Rand und Grund blaßrot, sehr flach infiltriert, schwach secernierend und äußerst schmerzhaft. An den Naso-Labialfalten ist das Geschwür mehr furchenförmig. Sehr oft sieht man gleichzeitig oder im weiteren Verlaufe randständig mohnkorngroße komedonen- oder miliumähnliche etwas erhabene Knötchen, vereinzelt oder in mehreren Reihen gehäuft, aus deren Zerfall die Vergrößerung der Geschwürsfläche und die wie ausgenagte zackige Form des Geschwürsrandes resultiert. Sie stellen wirkliche Miliartuberkel vor und ergänzen auf diese Weise das klinische Bild. Was die Schleimhauttuberkulose betrifft, so findet man die tuberkulösen Geschwüre am häufigsten an der Lippen- und Wangenschleimhaut, an der Zunge, am harten und weichen Gaumen, an den Gaumenbögen, der Schleimhaut der Nase, seltener der Vulva, Vagina, Urethra und Blase. Klinisch sind die tuberkulösen Geschwüre der Mundschleimhaut durch die ausgenagten, schlappen Ränder und ebensolchen Grund, die aber gleichzeitig grau belegt, häufig, namentlich am Gaumen, von Miliartuberkeln umgeben sind, durch die große Schmerzhaftigkeit fast ebensogut charakterisiert, wie die der Haut. — Der Verfasser zieht aus seinen Betrachtungen folgendes Resumé: 1. Die Tuberculosis propria s. miliaris cutis ist ein klinisch wohl charakterisierter und von Lupus und allen anderen Formen der derzeit sogenannten tuberkulösen Erkrankungen der Haut wohl zu unterscheidender Prozeß. 2. Derselbe findet sich viel häufiger, als die bisherigen Publikationen vermuten ließen, da wir allein von dem-

selben 22 klinische Fälle, und noch mehr solche im klinischen Ambulatorium und in der Privatpraxis gesehen haben. 3. Er findet sich fast durchwegs bei an anderweitiger Tuberkulose, meist des Respirationstractus, leidenden Individuen, aber durchaus nicht gerade, wie vielfach behauptet worden, in den letzten Lebensmonaten solcher Individuen oder bei akuter Miliartuberkulose der inneren Organe. 4. Die Hauttuberkulose ist sehr häufig mit der gleichen Erkrankung der nachbarlichen Schleimhaut vergesellschaftet, primär oder konsekutiv, aber oft auch isoliert. 5. Beide Lokalisationsformen, die der Haut und der Schleimhaut, sind quoad Lokalprozefs prognostisch nicht absolut ungünstig, indem sie teils spontan ausheilen, teils durch entsprechende topische, selbstverständlich durch allgemein-medikamentöse und hygienische Mafsnahmen zweckmäfsig unterstützte Behandlung zur Heilung gebracht werden können. — Im folgenden werden die Krankengeschichten der 22 vom Verfasser beobachteten und in den Jahresberichten des Wiener allgemeinen Krankenhauses publizierten Fälle von Tuberculosis propria s. miliaris cutis et mucosae oris ausführlich mitgeteilt.

XXII. **Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis**, von H. G. Klotz-New York.

1. Lungenembolien bei intramuskulärer Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate. Verfasser hat seine frühesten Erfahrungen nach dieser Richtung hin bereits im Jahre 1889 in einem Vortrage, der im *Journ. of cutan. and genit.-urin. dis.*, Februar und März 1890 abgedruckt worden ist, veröffentlicht. Aus diesem Vortrage rekapituliert er zunächst die Krankengeschichte von acht hierhergehörigen Fällen und erörtert dann die Frage, wie oft Lungenaffektionen bei Injektionen von unlöslichen Quecksilberinjektionen eintreffen. In dem Zeitraum von 1886 bis 1897 hat Verfasser in seiner Privatpraxis 1072 Injektionen vorgenommen, die sich auf 100 Patienten verteilen. Auf diese kommen acht Fälle vom Embolien bei sieben verschiedenen Patienten; dieselben betragen also annähernd 0,75% aller Injektionen und 7% der Patienten, d. h. eine Embolie kommt auf 134 Injektionen und auf jeden 14. Patienten. Aus den weiteren Daten des Verfassers ergiebt sich, dafs mit der zunehmenden Erfahrung und der gröfseren Sicherheit in der Technik der Injektionen die Zahl der Embolien sich stetig vermindert haben. Die klinischen Symptome der Lungenembolien sind im wesentlichen dieselben, wie sie Möller in seiner Abhandlung (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Band 47) geschildert hat. Bezüglich des Zustandekommens der Lungenembolien nimmt Verfasser für diejenigen Fälle, bei welchen die Erscheinungen unmittelbar nach der Injektion anfangen, mit Möller an, dafs die Injektion direkt in das Lumen einer Vene gemacht wurde. Wo die Symptome erst nach Verlauf von mehreren, bis 8 und 10 Stunden nach der Injektion aufzutreten beginnen, glaubt Verfasser im Gegensatze zu Möller und in Übereinstimmung mit Lang, dafs der Zutritt der Injektionsmasse zu den Venen nicht direkt, sondern in der Weise erfolge, dafs durch die Gröfse des Depots eine Gewebszerreifsung stattfinde und so der Injektionsmasse Gefäfse eröffnet würden. Der Grad der Gewebszerreifsung dürfte in gewissem Mafse abhängig sein, abgesehen von der Menge des Injizierten selbst, von der Kraft und von der Geschwindigkeit, mit welcher die Einspritzung erfolgt und von dem Widerstand des Muskels gegen das Eindringen derselben. Das letztere wird wesentlich bedingt durch die Stellung oder Lage des Patienten während der Injektion. (NB. Doch nicht unwesentlich auch von der natürlichen Beschaffenheit der Muskulatur des Patienten. Ref.) Verfasser läfst den Patienten in voller Länge flach auf dem Bauche liegen, so dafs die Glutaei möglichst erschlaffen. Nach dem Einstich der Nadel erfolgt fast immer reflektorisch eine Kontraktion der Muskeln, deren Vorübergehen Verfasser abwartet, ehe er langsam und unter möglichst geringem Druck die Spritze entleert. — Die Frage, ob man eine

Affektion der Lungen durch eine Änderung in der Injektionstechnik vermeiden kann, beantwortet Verfasser dahin, dafs, so lange die Injektionen intramuskulär gemacht werden, eine absolute Sicherheit gegen das Vorkommen der Embolien nicht besteht. Dafs diese ein höchst unangenehmes Vorkommnis sind und in der That das Hauptargument gegen die Anwendung der unlöslichen Quecksilbersalze liefern, stellt Verfasser nicht in Abrede, wenngleich er lieber das Risiko einer gelegentlichen Lungenembolie in den Kauf nehmen, als auf die Vorteile der Methode ganz verzichten möchte. (NB. Da, wie Verfasser bemerkt, der Eintritt einer Lungenembolie nicht mit absoluter Sicherheit verhindert werden kann, so ist nicht abzusehen, weshalb man diesem für den Arzt wie für den Patienten höchst unangenehmen Vorkommnis nicht durch andere, ebenso wirksame, aber weniger gefährliche Methoden aus dem Wege gehen solle. Ref.)

2. Auftreten heftiger Stomatitis mercurialis unter dem Einfluſs lokaler Infektionskrankheiten der Halsorgane. Verfasser beschreibt drei Fälle von schwerer Stomatitis mercurialis. In dem ersten Falle (bereits 1890 l. c. unter den Lungenemboliefällen publiziert) wurde dieselbe damals durch die Annahme zu erklären versucht, dafs anfangs aus unbekannten Gründen die Resorption des Quecksilbers verzögert worden war, und dafs es dann plötzlich in gesteigerter Menge aufgenommen wurde. In den beiden anderen Fällen deuteten die Symptome im Anfang auf eine lokale Infektionskrankheit der Halsorgane hin (Tonsillitis resp. Peritonsillitis). Diese lokalen Infektionen bedingen neben Fieber auch eine vermehrte Blutzufuhr zu den erkrankten Organen und zu ihrer Nachbarschaft, insbesondere zu den drüsigen Organen der Mundhöhle. Diese wird wiederum auch eine vermehrte Zufuhr des im Körper kreisenden Quecksilbers mit sich bringen und die vermehrte Speichelabsonderung erklären.

XXIII. **Über Behandlung des Ulcus molle mit Hitzebestrahlung** (Audry), von Rudolf Krösing-Stettin. Die Thatsache, dafs der Streptobacillus des Ulcus molle bei einer Temperatur von 41° C. und darüber abstirbt, nicht weiter verimpfbar ist, dafs weiche Schanker bei hochfiebernden Personen rasch verheilen, hat zur Anwendung von Hitze gegen Ulcus molle geführt. Welander, der die Methode zuerst empfohlen hat, braucht zur Erhaltung konstanter Wärme einen teueren Apparat, den Hydrothermostat, der das ca. 50° C. heifse Wasser in Kautschuk- und Bleiröhren cirkulierend dem Ulcus zuführt. Die Wärmeeinwirkung mufs stunden- und tagelang dauern, die Kranken können nicht ambulant behandelt werden. Diese etwas umständliche Methode ist durch das Verfahren Audrys vereinfacht, das in der Erhitzung des Geschwürs durch einen glühenden Thermokauter besteht, der jedoch nicht das Ulcus berühren darf, sondern 1—4 mm von demselben entfernt gehalten wird. Auf diese Weise wird eine Kontaktwirkung und eine Verschorfung vermieden und das Ulcus nur par distance durch die ausstrahlende Hitze aseptisch gemacht. Die Dauer der Hitzeapplikation beträgt 10—15 Sekunden. Das Geschwür mufs vorher gut gereinigt event. ausgekratzt worden sein, damit die Hitze möglichst in die Tiefe wirken und die Krankheitserreger daselbst treffen könne. Statt des Thermokauters bedient sich Verfasser des Galvanokauters, den er je nach dem Umfang der Geschwüre mit nadel-, knopf- oder spatelförmigem Glühkörper armiert. Rotglut ist ausreichend. Meistens genügt einmalige Applikation. Da besonders am Rande des Geschwürs die Bakterien am reichlichsten und wohl auch am virulentesten sind, so mufs dieser gut in Angriff genommen werden, andererseits hat man sich zu hüten, die intakte Umgebung mit Hitze zu bestrahlen. Die Nachbehandlung besteht im Bestreuen mit Nosophen oder Europhen oder Airol. Die Audrysche Hitzebestrahlung hat nicht den Nachteil, eine künstliche, event. zur Verwechselung mit Chancre mixte verleitende, dauernde Verhärtung zu verursachen.

Verfasser hat auf diese Weise im letzten Jahre 40 Fälle behandelt. Die durchschnittliche Heilungsdauer bis zur abgeschlossenen Vernarbung betrug in 31 Fällen 21,1 Tage. 9 Fälle entzogen sich in noch nicht geheiltem Zustande der weiteren Beobachtung. In 28 Fällen war nur eine einmalige Bestrahlung, achtmal eine zweimalige, dreimal eine dreimalige, einmal eine viermalige nötig. Man vermeidet meist die Wiederholungen, wenn man sich daran gewöhnt, nicht unter 15 Sekunden und namentlich auch längs der Ränder der Geschwüre zu kauterisieren. Von den 40 Patienten hatten 15, als sie in die Behandlung traten, einen schmerzhaften Bubo inguinalis, davon 3 doppelseitig. Bei allen mit einer Ausnahme gingen die Bubonen unter Hg- oder Jodolpflaster, Jodvasogen-, Ung. cin.-Einreibung zurück, ohne zu vereitern. Vielleicht ist dieser günstige Verlauf der Bubonen zum Teil ebenfalls der Vernichtung des Virus in den Geschwüren durch die Hitzebestrahlung zuzuschreiben.

XXIV. **Der Akuleatenstich**, von Joseph Langer-Prag.

1. Der Verlauf des Bienenstiches beim normalen und bienengiftfesten Menschen. Zwei Faktoren sind es hauptsächlich, welche einen mächtigen Einfluſs auf das Zustandekommen und die Entwickelung der gewöhnlichen reaktiven Entzündung nach Akuleatenstichen ausüben: 1. Die Empfindlichkeit des Individuums für den Giftstoff. 2. Die Menge des letzteren. — Von Natur aus ist nur ein kleiner Teil der Menschen für das Bienengift unempfindlich, während der Grad der reaktiven Empfindlichkeit bei verschiedenen Menschen sehr verschieden ist. In dem akut verlaufenden Entzündungsprozesse nach einem Bienenstiche kann man drei zeitlich und symptomatisch wohl unterschiedene Stadien beobachten: 1. Das progressive Stadium: Vom Momente des Stiches beginnend um 1½—2 Stunden dauernd mit folgenden Symptomen: Schmerz, Blutpunkt. Quaddelbildung, Hautschwellung. 2. Das stationäre Stadium, welches dem ersten sich direkt anschlieſst und durch das Bild der in verschieden groſser Ausdehnung geschwollenen Haut repräsentiert wird mit einer Dauer von 1—1½ Tag. 3. Das regressive Stadium; es schlieſst sich direkt dem zweiten an, dauert oft 8—14 Tage und ist charakterisiert durch den Rückgang der Hautschwellung, Juckgefühl, deutliches Hervortreten des Knötchens an der Stichstelle in der ersten Zeit und langsames Verschwinden desselben im weiteren Verlaufe. — Je nach der Empfindlichkeit des gestochenen Individuums und der Menge des applizierten Giftes werden mannigfache Abweichungen von diesem Verlaufsschema herbeigeführt. Zuweilen ist im Beginn das Allgemeinbefinden der Patienten ziemlich gestört. Von Hauterscheinungen ist relativ am häufigsten nach Bienenstichen Urticaria beobachtet worden.

2. Wie äuſsert sich nun die künstlich erworbene Bienengiftimmunität? Von 153 als empfindlich angegebenen Bienenzüchtern erfuhren 126 während eines mehrjährigen Betriebes der Bienenzucht eine sichtliche Herabsetzung ihrer reaktiven Empfindlichkeit. 14 derselben fühlen sich zur Zeit giftfest. — Als Charaktere der künstlich erworbenen Bienengiftimmunität hebt Verfasser hervor: 1. Wegbleiben der Urticaria und der Allgemeinsymptome nach selbst zahlreichen Bienenstichen bei hierfür sonst empfindlichen Individuen. 2. Veränderungen im örtlichen Entzündungsbilde, welche sowohl die Dauer, als auch die Gröſse desselben betreffen: es findet eine temporäre und quantitative Herabsetzung der oben beschriebenen drei Stadien statt. — Ein höherer Immunitätsgrad zeigt den Ausfall des stationären zweiten Stadiums, der Hautschwellung, sodaſs bei derartigen Leuten dem ersten Stadium direkt das dritte folgt. In der nur partiellen Entwickelung des ersten Stadiums (Schmerz, Blutung) mit abgekürztem Verlaufe des dritten (kleines Knötchen, welches binnen wenigen Tagen verschwindet) erreicht die Immunisierbarkeit des Menschen gegenüber dem Bienengifte ihren Höhepunkt. Andererseits giebt es Leute, die trotz jahrelanger Bienenzüchterei immer gleich empfindlich sind, wie im Anfang.

XXV. **Aus der ärztlichen Praxis**, von S. Lewith-Littau (Mähren).

1. Ein Fall von Elephantiasis. Derselbe betrifft ein 15jähriges, schlecht genährtes Mädchen mit anämischen Geräuschen am Herzen und an den grofsen Gefäfsen, aber sonst normalen inneren Organen. Schon als Kind zeigte die Patientin ein Feuermal am linken Oberschenkel. Dieser angeborene Naevus vascularis entwickelte sich durch stetes Wachstum im Laufe weniger Jahre zu einer Gefäfsgeschwulst, die nunmehr die ganze untere Extremität einnimmt und eine solche Gestaltsveränderung derselben bedingt, für welche die Bezeichnung Elephantiasis oder Angio-Elephantiasis am geeignetsten erscheint. — Der Status des Falles wird sehr ausführlich beschrieben.

2. Das Eiereiweifs als Heilmittel. Der Verfasser hat in Fällen irritativer und mäfsig exsudativer Hautprozesse mit dem Eiereiweifs gute Erfahrungen gemacht. Die Anwendung geschieht folgendermafsen: Nach gründlicher Reinigung der Hände wird ein Hühnerei geöffnet, das Eiweifs vom Dotter getrennt, in ein kleines Gläschen gebracht und in demselben mit dem Finger gut verrührt. Hierauf wird dasselbe in dünner Schicht auf die affizierten Partien am besten mit dem Finger gestrichen. Es bildet sich auf der Haut ein zartes, allerdings leicht zerreifsliches Häutchen, welches das darunterliegende Gewebe deckt, auf dasselbe einen mäfsigen Druck ausübt, das Juckgefühl aufhebt oder mildert und eine angenehme kühlende Empfindung hervorruft. Das Mittel besitzt auch den Vorzug der Billigkeit, da zur Applikation auf die Haut des ganzen Körpers kaum ein Ei erforderlich ist.

XXVI. **Purpura annularis teleangiectodes (Teleangiectasia follicularis annulata)**, von Domenico Majocchi-Bologna. Der Verfasser hatte Gelegenheit, im Laufe einiger Jahre mehrere Fälle einer hämorrhagischen Dermatose zu beobachten, für die er unter den bekannten Dermatosen kein Analogon finden konnte. Die Krankengeschichten von vier Fällen werden im folgenden mitgeteilt. Charakterisiert wird die Dermatose im allgemeinen durch 1. rosa- und lividrote Flecke, gebildet von kapillaren Ektasien mit folgenden Hämorrhagien, ohne vorhergehende Hyperämie, ohne wahrnehmbare Infiltration der Haut und gewöhnlich in deutlichem Zusammenhange mit den Haarfollikeln; 2. langsame Entwickelung und Vermehrung derselben; 3. konstant excentrisches Wachstum der Flecke, wodurch ihre schöne Ringform bedingt wird; 4. symmetrische Anordnung der Dermatose; 5. primären Sitz immer an den Gliedmafsen, vornehmlich an den unteren; 6. Fehlen von Pruritus und jeder Sensibilitätsstörung; 7. Ausgang in leichte Atrophie und Achromie der Haut, bisweilen mit Alopecie. — Man kann drei Stadien bei der Krankheit unterscheiden: 1. Stadium teleangiectaticum. 2. Stadium haemorrhagico-pigmentosum. 3. Stadium atrophicum. — Die histologische Untersuchung ergiebt als wesentlichste Befunde Kapillarektasien sowohl an den Gefäfsschlingen im Umkreise der Follikelmündungen als auch an dem subpapillären Gefäfsnetze, aufserdem kleinzellige Infiltration in der Nachbarschaft der Gefäfse, besonders dort, wo die Ektasien der Gefäfse reich und ausgebildet sind. Bei der Ektasierung der Kapillaren ist es verständlich, dafs durch den beständigen und wachsenden Seitendruck die dünnen Gefäfswände schliefslich zum Bersten gebracht werden. Damit hat man eine Erklärung für die Hämorrhagie und Pigmentbildung bei der Dermatose. Die drei Charaktere Atrophie, Achromie und später die Alopecie rühren von der kleinzelligen Infiltration um die Gefäfse her. Hier findet eine allmähliche Umbildung der jungen zelligen Elemente in fibröses Bindegewebe statt, durch welches atrophische narbige Retraktion veranlafst werden kann, die die Follikel, Haare, später auch das Pigment in Mitleidenschaft zieht. Ausführlich wird die Nomenklatur besprochen. Wegen der am meisten in die Augen springenden Charaktere hält Verfasser die Bezeichnung „Purpura annu-

laris teleangiectodes" für die passendste. In ätiologischer Beziehung vermochte Verfasser keine Ursache für die Entstehung der Dermatose zu finden, noch auch irgendwelche Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, dafs es besondere Bedingungen seien, welche den Organismus des Kranken für die Entwickelung der beschriebenen Hauterkrankung disponiert machen oder vorbereiten. Ohne Zweifel hat man es mit einer Dermatose vasomotorisch-trophischer Natur, mit einer Angioneurose zu thun.

XXVII. **Dermatoses albuminuricae**, von Ludwig Merk-Graz. Im Zusammenhang mit Albuminurie, insbesondere derjenigen bei chronischer Nephritis, sowie bei ungenügend kompensierten Herzfehlern treten unter den Dermatosen vorwiegend folgende auf: a) Eine bestimmte Art von Ekzem, beziehungsweise ekzematösen Erscheinungen; b) Pruritus; c) Urticaria; d) Erytheme; e) Furunkulose. — — a) Das Eccema albuminuricum ist ein meist streng umschriebenes, papulöses, chronisches, häufig an den Unterschenkeln, selten auch an anderen Körperstellen lokalisiertes, intensiv juckendes, der Therapie hartnäckig widerstehendes Ekzem bei Personen vorgerückteren Alters. Es kann spontan unter Hinterlassung von Pigmentationen abheilen. — b) Der Pruritus albuminuricus ist die häufigste Dermatose, welche die Albuminurie, besonders jene des Morbus Brightii begleitet. Meistens ist er universell und unterscheidet sich im übrigen durch nichts von einem Pruritus diabeticus oder Pruritus gravidarum oder Pruritus ex digestione. Die Schwankungen im Eiweifsgehalte des Urins sind ohne Einfluſs auf die Variabilität in der Intensität des Juckens. — c) Die Urticaria albuminurica ist fast ebenso häufig wie der Pruritus und kann meist als Vorläufer desselben angesehen werden. — d) Das Erythema albuminuricum ist viel seltener als die vorerwähnten Krankheitsformen. Verfasser beschreibt einen Fall aus seiner Praxis und teilt einige Krankengeschichten aus der Litteratur mit. Sodann bespricht er als weitere Dermatosis albuminurica die Purpura rheumatica, die nach seiner Erfahrung stets von nachweisbarer Nephritis begleitet ist. Die Koincidenz liegt allerdings hier viel tiefer begründet, die Nephritis wird zu einem essentiellen Merkmal einer Krankheit, die auch in der Haut ihre Änderungen setzt. Die Arbeiten von West, Boyer, Duval, Bulkley und Thibierge, welche den Zusammenhang von Hautkrankheiten mit Krankheiten der inneren Organe oder mit Konstitutionskrankheiten zum Gegenstande haben, werden einer eingehenden Kritik unterzogen. (Fortsetzung folgt.) *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 6.

Physiologische Untersuchungen über die Perspiratio insensibilis der Haut, von Ladislaus Reiss-Krakau. Nach einem geschichtlichen Rückblick, der uns mit dem gegenwärtigen Stand der Frage betreffs der Perspiratio sensibilis und insensibilis der Haut eingehend bekannt macht, kommt Verfasser auf seine eigenen diesbezüglichen Versuche zu sprechen, die sehr umfangreich und mühselig sind. Seine Untersuchungen erstrecken sich nicht nur auf die Haut von gesunden Menschen, sondern auch auf diejenige von fiebernden; auch den Einfluſs des Lichts und des elektrischen Stromes auf die Perspiratio insensibilis hat er zum Gegenstand seiner Studien gemacht. Seine Arbeit ist dementsprechend reich an sehr vielen interessanten Angaben, die zum Teil nicht ganz mit dem bisher Bekannten übereinstimmen. — Für seine Untersuchungen hatte er sich ein eigenes Hygroskop aus einem Glastrichter, einem präparierten und mit Quecksilber gefüllten Froschmagen und einer auf 100 Teilstriche eingeteilten Skala zusammengestellt. Bei der gesunden Haut fand er nun als Mittel aus

vielen Untersuchungen, dafs die Perspiratio insensibilis auf den Beugeseiten der Haut, rings um die Gelenke, zwischen dem Nabel und dem Processus xiphoideus, an den Handflächen und Fufssohlen u. s. w. am stärksten ist. An den Streckseiten der Extremitäten, am Nacken und in der Lendengegend ist sie dagegen ganz gering. An der nämlichen Körperstelle des nämlichen Individuums bleibt auch die Stärke der Perspiratio insensibilis immer die gleiche. Bei Fiebernden steigt die Hautatmung nur kurze Zeit (bis 38,5°) im gleichen Verhältnis zur Körpertemperatur, durch eine über 38,5° hinausgehende Temperatur wird sie aber nicht in gleichem Mafse gesteigert. Im Hellen geht die Hautatmung langsamer vor sich als im Dunkeln. Der Induktionsstrom vermindert die Stärke der Hautatmung zuerst, um sie später wieder zu erhöhen. Den Schlufs der Arbeit bilden Angaben über die Perspiratio insensibilis bei verschiedenen Hautkrankheiten sowie über die Ausscheidung von CO_2 durch die Haut bei verschiedener Höhe der äufseren Temperatur.

Progressive Paralyse bei einem Erwachsenen als einziges Symptom einer hereditären Syphilis, von G. Etienne. Ein nervöser Mensch aus einer psychopathisch stark belasteten Familie erkrankte mit 30 Jahren ohne nennenswerte Veranlassung an Dementia paralytica. Hinterher erfuhr Verfasser, dafs die Mutter des Patienten 18 Monate vor Geburt ihres Sohnes syphilitisch angesteckt wurde und nur eine ungenügende Behandlung durchmachte. Ob diese Thatsachen hinreichen, die Gehirnerweichung des Sohnes als eine „Manifestation hérédo-parasyphilitique" aufzufassen, während trotz genauester Untersuchung kein weiteres Symptom von Lues hereditaria sich ermitteln läfst — das möge der Leser selber entscheiden.

Nachtrag zu einem Fall von sogenannter Melanodermia arsenicalis der Haut und der Schleimhäute, von Ch. Audry. Im letzten Heft des Jahrgangs 1896 der *Annales* hatte A. einen Fall von Melanodermia der Haut und Schleimhäute veröffentlicht. Die Patientin ist vor einiger Zeit unter den unzweifelhaften Symptomen eines Morbus Addisonii zu Grunde gegangen. Also war auch ihre Melanodermie nicht durch den Arsengebrauch verursacht; und da aufser diesem Fall noch keine weitere Beobachtung einer Melanodermia arsenicalis veröffentlicht ist, so ist es fraglich, ob eine solche Form überhaupt vorkommt. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 6.

1. **Divertikelbildung in der Pars anterior urethrae des Mannes,** von Kerrmaecker. Der Verfasser beobachtete bei mehreren Kranken mit hartnäckiger chronischer Urethritis Divertikeln der Urethra, die sich nicht wie die zahlreichen bisher beschriebenen Divertikeln der Harnröhre direkt nach aufsen öffneten, sondern im Innern der Pars anterior urethrae mündeten und demzufolge der unmittelbaren Untersuchung nicht zugänglich waren. Sie hatten ihren Sitz und ihre Öffnung in der Mittellinie der hinteren Wand nahe dem Bulbus, verliefen parallel der Harnröhre und öffneten sich breit in der Richtung gegen das Orificium externum. In allen derartigen Fällen weist die Schleimhaut vor dem Bulbus eine Art von querverlaufendem Bändchen auf, gebildet durch die zusammengedrängten Ränder der Divertikelmündung; von diesem Bändchen gehen zwei Längsfalten der Schleimhaut aus, die sich in Form eines V vereinigen. Das Ganze hat das Aussehen einer normalen Faltenbildung. Die Divertikeln selbst kommen in verschiedenen Graden der Entwickelung vor; manchmal sind sie nur durch eine bändchenartige Querfalte und die beiden Längsfalten der Schleimhaut angedeutet, manchmal jedoch ist ein vollständig ausgebildeter Sack vorhanden, dessen Tiefe und Weite natürlich schwankt; in einem vom Verfasser beob-

achteten Falle hatte er eine Länge von mehr als 2 cm und eine Weite, die Charrière No. 29 entsprach. — Solche Divertikeln können natürlich nur durch endoskopische Untersuchung gefunden werden, und zwar mufs man das Instrument die hintere Wand entlang führen. Urethritis, die mit einem derartigen Divertikel kompliziert ist, ist stets sehr hartnäckig; sie läfst sich nur beseitigen, wenn Ausspülungen des Sackes selbst und Einspritzungen in denselben gemacht werden. — Der Verfasser glaubt, dafs die beschriebene Abnormität in ihren verschiedenen Entwickelungsstufen nicht selten ist, obwohl sie bis jetzt fast gar nicht beschrieben wurde.

2. **Behandlung der blennorrhoischen Urethritis mit Protargol**, von Noguès. Der Verfasser hat 15 Fälle von akuter Blennorrhoe genau nach den Vorschriften Neissers mit Protargollösung behandelt: mit einer Spritze von 10—15 ccm Inhalt wurden täglich zwei Einspritzungen von 5 Minuten Dauer und eine Einspritzung von 30 Minuten Dauer (bezw. sechs unmittelbar aufeinanderfolgende Einspritzungen von je 5 Minuten Dauer) gemacht; die Konzentration der Lösung stieg rasch von $^1/_4$ % auf 1%. Mit der Behandlung wurde sofort nach Stellung der Diagnose begonnen, ohne dafs der Ablauf der entzündlichen Symptome bezw. der Eintritt derselben abgewartet wurde. Von den 15 Kranken wurden 14 geheilt; der Fortbestand der Heilung wurde bei jedem einzelnen durch nochmalige Untersuchung konstatiert, wenn mindestens 10 Tage seit Beendigung der Behandlung vergangen und die zwei üblichen Proben, Biergenufs und Coitus unter dem Schutze eines Präservativs gemacht waren. Das Mittel erwies sich als vollkommen reizlos; die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 6 und 36 Tagen, sie betrug im Mittel 20 Tage. Zweimal trat Orchitis auf. — Der Verfasser hält das Protargol nahezu für ein Specificum gegen Gonokokken. Wenn die Protargolbehandlung nach Neisser Mifserfolge aufzuweisen hat, so liegt das daran, dafs einerseits der Prozefs oft sehr bald auf die Pars posterior übergreift, andererseits aber bei den gewöhnlichen Einspritzungen von der Lösung nichts oder nur eine ganz ungenügende Quantität in die hintere Partie gelangt. Der Verfasser hat daher Protargollösungen auch in Form von Spülungen und Einträufelungen angewendet. Die Spülungen ergaben bis jetzt keine sehr befriedigenden Resultate, sind aber vielleicht in sehr akuten Fällen mit starken entzündlichen Erscheinungen den Spülungen mit Kalium permanganicum vorzuziehen, weil sie weniger reizen. Auf die Verwendung der Protargollösungen in Form von Einträufelungen setzt der Verfasser grofse Hoffnungen. Die Methode ist folgende: der Instillationskatheter wird bis zum Sphinkter eingeführt; dann wird eingespritzt, so dafs der rückläufige Strom der Lösung eine Reinigung der Pars anterior bewirkt und das stagnierende Sekret beseitigt; dann erst wird der Katheter weiter eingeführt, nach Passierung des Sphinkter werden 20—30 ccm Flüssigkeit eingespritzt, so dafs die ganze Pars posterior der Wirkung des Protargols ausgesetzt ist.

3. **Blennorrhoische Infektion im Verlaufe einer Febris intermittens quotidiana**, von Legrain. Der Verfasser beobachtete bei einem Kranken mit Intermittens, nachdem infolge der Verabreichung von Chinin zwei Tage fieberlos verlaufen waren, am dritten Tage Ansteigen der Temperatur ohne Schüttelfrost, hervorgerufen durch den Beginn einer blennorrhoischen Cystitis und eines blennorrhoischen Gelenkrheumatismus. Das Fieber blieb drei Tage lang kontinuierlich, morgens ca. 38°, abends ca. 40°. Dann gingen die Erscheinungen allmählich zurück, am fünften Tage war die Temperatur normal. In der Nacht vom fünften zum sechsten Tage, also am normalen Ende der Chininwirkung, trat wieder ein typischer Intermittensanfall auf. Chinin bewirkte in der Folge definitive Apyrexie. — Es waren also hier gleichzeitig, aber unabhängig voneinander, zwei Krankheiten aufgetreten, die beide Fieber, aber mit verschiedenem Typus verursachten, ohne dafs sich die Fieberkurven gegenseitig

beeinflufsten. — Während in der grofsen Reihe von Infektionen, die man in warmen Ländern unter dem Namen „Sumpffieber" zusammenfafst, auch Urethritis, Cystitis, Nephritis und Orchitis figurieren, verursacht die Intermittens nie Erscheinungen von Seite der Urogenitalapparate. Wenn diese krankhafte Erscheinungen aufweisen, so handelt es sich, wie in dem vorliegenden Falle, um ein zufälliges Zusammentreffen.

Götz-München.

Besprechungen.

Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten, von Wilhelm Behrens. (Braunschweig 1898, Harald Bruhn.) Von den bekannten Behrensschen Tabellen liegt uns die dritte Auflage vor. Dieselben bilden eine unentbehrliche Fundquelle für alle, die sich mit mikroskopischen Arbeiten befassen. Wer über Mafs- und Gewichtseinheiten der verschiedenen Nationen, Tropfengröfse der gebräuchlichsten Mikroskopierflüssigkeiten, Schmelz- und Siedepunkte, specifisches Gewicht und Procentgehalt der Reagentien, Löslichkeitsverhältnisse orientiert sein will, der findet alles Wissenswerte und mehr in den umfangreichen Tabellen dieses Buches. Es würde zu weit gehen, aller Kapitel hier Erwähnung zu thun. Von gröfster Wichtigkeit ist die Tabelle, auf der das Verhalten der gebräuchlichsten organischen Farbstoffe gegen Wasser, Alkohol, Salzsäure, Ammoniak und Kalilauge beschrieben wird. Ausführlich aufgeführt werden die Fixierungs-, Härtungs-, Konservierungs-, Beobachtungs- und Einschlufsmittel. Weitere Tabellen umfassen u. a. Macerations- und Korrosionsmittel, Injektionsmassen und Imprägnationsmassen, die verschiedenen Färbemethoden, Doppelfärbungen, Kulturflüssigkeiten und Nährsubstrate, allgemeine, botanische und mineralogische mikrochemische Reagentien, Vorschriften für Mikrophotographie und die verschiedenen Reaktionen.

Hopf-Dresden.

Untersuchungen über den Leprabacillus und über die Histologie der Lepra, von Victor Babes. (Berlin 1898, S. Karger.) Das vorliegende Buch stellt die Ausführung und Erweiterung des Referates dar, das der Verfasser auf der Leprakonferenz im Oktober 1897 über die Histologie der Lepra erstattet hat. Es würde hier zu weit führen, auf alle Einzelheiten, insbesondere auf die histologischen Befunde in den verschiedenen Organen einzugehen; es sollen nur einzelne Punkte hervorgehoben werden. — Das 1. Kapitel ist der Histologie der Lepra vor Entdeckung des Leprabacillus gewidmet. Der Verfasser giebt hier die Befunde Virchows genau wieder, weil sie die Basis der modernen anatomischen und histologischen Leprastudien bilden. — Die folgenden 3 Kapitel behandeln den Leprabacillus, das Eindringen der Bacillen in die Gewebe und die Ausscheidung der Bacillen, sowie ihren Sitz im Gewebe. Am besten färbt sich der Leprabacillus nach der Ehrlichschen Methode der Tuberkelbacillenfärbung, weniger gut nach Ziehl und mit Methylenblau. Empfehlenswert ist auch die Methode, die Präparate mit Safranin-Anilin zu färben, dann mit Jodkaliumlösung und Alkohol zu entfärben und mit Methylenblau nachzufärben. Jedoch gelingt die Färbung auch nach den besten Methoden in länger aufbewahrten Schnitten oder in sehr alten Krankheitsprodukten nur schwer; man mufs womöglich frische Sekrete oder frischen Gewebssaft untersuchen. Der Verfasser beschreibt die Leprabacillen in der bekannten Weise. Geifselfärbung an den Bacillen gelang ihm

nie. Mehrmals beobachtete er, daſs sich die Bacillen verzweigen; an den Enden der Verzweigungen finden sich umgekehrt birnenförmige Gebilde, die sich an der Peripherie wie Leprabacillen färben, im Inneren aber ungefärbt, glänzend wie Sporen erscheinen. Ob diese Gebilde Dauersporen sind oder welche Bedeutung sie sonst haben, darüber kann der Verfasser nichts Bestimmtes mitteilen. Die farbenbeständige Substanz in den Bacillen ist wohl gleichbedeutend mit der von Koch aus den Tuberkelbacillen ausgezogenen farbenbeständigen Substanz, die den wesentlichen Bestandteil des neuen Tuberkulins darstellt. Einwandfreie Kulturen des Leprabacillus zu gewinnen, gelang bis jetzt nicht; ebensowenig konnten durch Überimpfung auf Tiere eindeutige sichere Resultate erzielt werden. In mehreren Fällen wurde vom Verfasser aus den inneren Organen Lepröser ein diphtheroider Bacillus gezüchtet, der sich nach Ehrlich nicht gänzlich entfärbt und dem Leprabacillus ähnlich ist; er ist für Versuchstiere nicht pathogen. Ob er eine Bedeutung für den Krankheitsprozeſs hat, ist nicht festgestellt. Der Leprabacillus steht dem Tuberkelbacillus, insbesondere dem Bacillus der Hühnertuberkulose unzweifelhaft nahe. Ein Beweis dafür ist, daſs Lepröse auf Tuberkulininjektionen lokale und allgemeine Reaktion zeigen. Aufserdem ist es dem Verfasser gelungen, aus Lepramaterial durch Hitze und Glycerinextraktion ein dem Tuberkulin ähnliches Produkt zu erhalten, das auf Lepröse wie auf Tuberkulöse ebenso wirkt wie Tuberkulin. Der Leprabacillus findet sich auf der Oberfläche der Haut, in den Haarfollikeln und Schweiſsdrüsen, in allen Sekreten und Exkreten, nur im Urin wurde er bis jetzt nicht nachgewiesen. Einmal wurde er vom Verfasser im Blute gefunden. Am zahlreichsten sind die Bacillen im Eiter der Leprabacillen enthalten. — Kontagiosität der Lepra ist bis jetzt wenigstens nicht bewiesen. Ob und inwiefern bei den häufigen Familienerkrankungen hereditäre Prädisposition oder Infektion infolge des besonders intimen und dauernden Kontaktes mit leprösem Material oder direkte Vererbung oder Übertragung durch die Milch eine Rolle spielen, ist nicht festgestellt. Über die Art und Weise, wie die Infektion erfolgt, ist ebenfalls noch nichts sicheres bekannt. Gegenüber der Ansicht, daſs sich die Bacillen zuerst auf der Haut oder auf den sichtbaren Schleimhäuten, besonders der Nasenschleimhaut ansiedeln, deutet die lange Dauer der Prodromalerscheinungen auf einen tiefer verborgenen Sitz der Infektion hin. Möglicherweise werden zunächst tiefliegende Lymphdrüsen affiziert. — Die Bacillen finden sich intracellulär wie extracellulär; daran hält der Verfasser Unna gegenüber fest. Sie kommen fast in allen Zellen vor. Ihre Wirkung auf die Zellen äuſsert sich in Vergröſserung, Vakuolisierung, Pigmentschwund, Kernsegmentierung und Kernfragmentierung, manchmal in Durchtränkung des Protoplasma mit säurefester Substanz, in Bildung fettartiger, sowie gelblich homogener Massen im Protoplasma, in sekundärer Pigmentablagerung. Dann wird oft das Protoplasma von den Bacillen gänzlich verdrängt, bloſs der verblaſste Kern widersteht länger. Endlich entsteht wohl zum Teil unter dem Einfluſs anderer Schädlichkeiten (Arteriosklerose, nervöse Einflüsse, Bakterienassoziation) glasige, hyaline, käsige Entartung, Gangrän oder Abscedierung. Die lepröse Neubildung der Haut teilt der Verfasser in folgende Formen: 1. Infiltration der Haut und des subcutanen Gewebes, indem von hier aus Stränge leprösen Gewebes die Gefäſse und Nerven entlang sich nach der Oberfläche oder in die Tiefe erstrecken; 2. bacilläre Embolie; 3. perifollikuläre oder perivaskuläre Zellwucherung; 4. schwielige Neubildung; 5. Knoten, die sich in Schweiſsdrüsenknäueln zum Teil unter Proliferation der Drüse entwickeln; 6. sekundäre Entzündung oder Narbenbildung. Endlich unterscheidet man noch Atrophie, Entartung und Hämorrhagie. — Der Verfasser fand bei zwei ältlichen Leprösen eine exquisitlepröse Entartung der Brustdrüse, das spärliche Sekret enthielt Bacillen. Dagegen konnte er in der Milch einer säugenden, an Nervenlepra leidenden

Frau Bacillen nicht entdecken. Mehrmals konnte der Verfasser in normalen, wie in leprös veränderten Ovarien Bacillen nachweisen. Jedenfalls sind hier die Bacillen viel weniger zahlreich, die Veränderungen nicht so bedeutend wie in den Hoden, die gewöhnlich sehr früh und sehr schwer affiziert werden. Möglicherweise aber ist die Anwesenheit der vereinzelten Bacillen im Ovarium trotzdem wichtiger als die grofse Menge der Bacillen im Hoden, weil die Funktion des Ovariums nicht behindert wird, während die Spermatogenese sehr bald sistiert. Das Vorkommen der Bacillen in den Geschlechtsdrüsen und ihren Sekreten, sowie in den leitenden Apparaten deutet immerhin auf die Möglichkeit einer Ansteckung durch den geschlechtlichen Verkehr hin. — In den Schlufsbemerkungen hebt der Verfasser hervor, dafs der Leprabacillus sicher die Ursache der Erkrankung ist, und zwar aller Wahrscheinlichkeit nach die einzige. Die häufig gefundenen associierten Mikroorganismen können wohl den Krankheitsprozefs beeinflussen, zum Zustandekommen der Krankheit sind sie nicht nötig. Der Verfasser erwähnt dann die übliche Einteilung in tuberöse, viscerale und nervöse Lepra und giebt eine Erklärung der eigentümlichen Erscheinungen bei Nervenlepra aus dem Sitze der Bacillen und der Läsionen. Zum Schlusse behandelt er noch kurz Therapie und Prophylaxis. Behandlung mit Tuberkulin hat zu einer, wenn auch vorübergehenden, so doch unverkennbaren Besserung geführt. Der Verfasser glaubt, dafs durch genügend lang, d. h. Monate und Jahre lang fortgesetzte Behandlung mit Tuberkulin Heilung erzielt werden kann. Nur mufs die Behandlung eine sehr vorsichtige sein, damit nicht durch zu grofse Mengen von Tuberkeltoxinen eine Gefahr für den Kranken entsteht. Der Verfasser hat ferner Blutserum von Hunden und Eseln, die mit Tuberkulin und Tuberkelbacillen methodisch behandelt worden waren, Leprösen injiziert und auch hierdurch augenfällige Besserung erzielt. Die Methode mufs jedoch noch vervollkommnet und längere Zeit systematisch durchgeführt werden, bis ein definitives Urteil möglich ist. Bezüglich der Prophylaxe sind ähnliche Mafsregeln wie bei der Tuberkulose zu empfehlen. Allerdings wird die Vernichtung der grofsen Mengen von Bacillen, die ein Lepröser beständig ausscheidet, Schwierigkeiten bereiten, andererseits wird bei der geringen Anzahl Lepröser in Europa deren Isolierung in Asylen leicht sein und die Verbreitung der Krankheit mit Sicherheit verhindern. — Unangenehm berührt in dem vorliegenden Buche die Art und Weise, wie der Verfasser Unna und dessen Standpunkt in der Histologie der Lepra kritisiert. Der Verfasser befindet sich hier im Gegensatz zu den in der „Wissenschaft" üblichen Regeln, wenigstens so weit das bisher und in Deutschland Sitte war. — Die Abbildungen im Text und die beigegebenen lithographierten Tafeln sind vorzüglich ausgeführt. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Der Übertritt von festen Körpern aus der Blase in die Nieren und in entferntere Körperorgane, von L. Lewin. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* 40. Band, 3. u. 4. Heft.) L. Lewin und Goldschmidt haben durch frühere Versuche festgestellt, dafs Flüssigkeiten aus der Blase in die Nieren steigen können; sie benutzten zu den Versuchen gefärbte Flüssigkeiten. Verfasser unterwirft jetzt folgende Fragen einer Prüfung: 1. Können auch gröfsere Körper als niedere Pilze nach Einspritzung in die

Blase in die Nieren gelangen, und zwar bald nach der Einspritzung und unter verschiedenem Binnendruck der Blase resp. nach längerer Retention? 2. Welche Wege der Verbreitung nehmen eventuell diese Körper in der Niere? 3. Gehen unter verschiedenen Versuchsbedingungen fremde Körper des Nierenbeckens resp. feste in ihm verteilte Körper in das Blut und von dort in entfernte Körperorgane über? — Verfasser experimentierte mit in Wasser und etwas Gummi arabicum verriebenem Ultramarin oder einer statt des letzteren verwendeten Diatomee. Die Versuche ergaben ein schnelles Aufsteigen in die Niere, und zwar links schneller als rechts. Vom Nierenbecken aus dringen die fremden Körper in Harnkanälchen, Lymph- und Blutgefäße, in letztere wahrscheinlich auf Umwegen durch die ersteren. Weiterhin gelangen sie dann in das weitere Blutgefäßsystem und in das Herz. Es besteht deshalb zwischen Blase und Herz unter Umständen eine direkte Kommunikation für gelöste und ungelöste Stoffe, die in umgekehrter Richtung passiert werden kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vier Fälle von Blasenstein, welche mittelst Litholapaxie unter Lokalanästhesie operiert wurden, von S. Alexander. (*New York Med. Journ.* 30. Jan. 1897.) Es wurde nach folgender Methode verfahren: Nach Entleerung des Darmes erhielt Patient eine halbe Stunde vor der Operation 0,01 Morphium nebst 0,0006 Atropin und eine Viertelstunde später 0,0012 Glonoin nebst 0,002 Strychnin als subcutane Injektion. Nach Ausspülung der geleerten Blase mit steriler Boraxlösung wurden ca. 60,0 einer 4% Kokainlösung in Blase resp. Pars prostatica urethrae injiziert und alsdann noch ca. 7,5 derselben Lösung in die vordere Harnröhre, wobei die Flüssigkeit etwa 5 Minuten zurückgehalten wurde. Die Operation konnte darauf ohne jede weitere Anästhesierung vollführt werden. Das Alter der Patienten betrug 80, 70, 73 und 57 Jahre. Die Nebenumstände seitens der Blase waren bei allen Patienten entschieden ungünstig. Die Dauer der Operation betrug 25, 28, 40 und 60 Minuten. Es erfolgten drei Heilungen; der 73jährige Mann starb am achten Tage p. o. an Nephritis. *Philippi-Remscheid.*

Eine fortlaufende Reihe von 200 Litholapaxien, von R. Baker. (*Lancet.* 10. Okt. 1896.) Verfasser giebt in tabellarischer Form seine Erfahrungen mit dieser Methode bei 173 Muselmännern und 27 Hindus, welche er in Indien operiert hat, wieder. Es kamen nur zwei Todesfälle vor, einmal bei einem 50jährigen, sehr dekrepiden Hindu, der 17 Stunden p. o. an Harnretention zu Grunde ging, und das andere Mal bei einem 3jährigen Knaben, bei dem eine perineale Lithotritie ohne alle Mühe gelungen war. Letzteres Verfahren wurde übrigens bei 15 der Kranken angewandt. Von den Operierten waren 5 weiblichen Geschlechts. Das Alter variierte von 2 bis 68 Jahren, die Dauer der Operation von 1 bis zu 55 Minuten, im Durchschnitt ca. 18½ Minuten. Das Gewicht der entfernten Steine betrug zwischen 0,12 und ca. 70 g. Die Dauer des Verbleibs der Patienten im Krankenhause betrug durchschnittlich 2 Tage. Die perineale Lithotritie wurde nur nach der Methode von Keith ausgeführt. *Philippi-Remscheid.*

Litholapaxie im Civilhospital zu Hyderabad (Indien), von R. Baker. (*Lancet.* 11. Sept. 1897.) Im Anschluß an einen vor ungefähr Jahresfrist erschienenen Bericht (*Lancet.* 10. Okt. 1896) über 200 derartige Fälle teilt B. jetzt seine Beobachtungen bei weiteren 200 Litholapaxien und 4 perinealen Steinzertrümmerungen mit. Im ganzen hat er also in wenig über 12 Monaten 404 derartige Operationen ausgeführt. Es ist eben der Blasenstein ein sehr verbreitetes Leiden in Indien. Eine Übersicht der tabellarisch mitgeteilten Krankengeschichten ergiebt eine Mortalität

von ca. 0,49%, es kam eben in der ganzen Reihe nur ein Todesfall, ein 50jähriger Muselmann mit fauliger, stinkender Cystitis, vor. Frauen wurden nur 4 behandelt. Die Durchschnittsdauer der Operation betrug 12 Minuten 19 Sekunden, der Aufenthalt im Krankenhause 1,853 Tage. Das Alter der Patienten variierte von 8 Monaten bis zu 78 Jahren. *Philippi-Remscheid.*

Ein ungewöhnlicher Vorfall bei Ausführung der Lithotritie, von Sinclair White. (*Lancet.* 17. Juli 1897.) Bei Gelegenheit der Zertrümmerung eines oxalsauren Kalksteins bei einem 52jährigen Manne passierte es kürzlich W., dafs das sonst gut funktionierende Instrument sich innerhalb der Blase festklemmte. Es blieb nichts anderes übrig, als die Sectio alta zu machen und die $^3/_4$ Zoll auseinanderklaffenden Blätter im Schraubstock zusammenzupressen, bis das eine Blatt abbrach. Darauf konnte das Instrument in der normalen Weise entfernt werden. Die Genesung war unbeeinträchtigt. *Philippi-Remscheid.*

Über den Blasenschnitt beim Kinde, von Gross. (*Annales d. mal. d. org. gén.-ur.* 1897. No. 7.) Der Verfasser demonstrierte in Nancy 2 von Kindern durch Sectio alta erhaltene Steine. Der erste aus Harnsäure, Uraten und Phosphaten bestehende Stein wurde einem 14jährigen Kinde entfernt, das schon 6 Jahre blasenleidend war und zuletzt Hämaturie hatte. Die Blase wurde nicht genäht, sondern drainiert, wahrscheinlich deshalb trat Harninfiltration ein, erst in über 4 Monaten heilte der Fall. — Der zweite Stein mit 2, 3 und 4 cm Durchmesser stammte von einem Kinde, welches schon im 2. Lebensjahre einen Stein entleert hatte. Hier wurde genäht, nach 14 Tagen war der Patient genesen. *Neuhaus-München.*

Autopsie 4 Jahre nach Cystotomie, von Delore. (*Lyon méd.* 1897. No. 27.) Der Patient war vor 4 Jahren wegen Harnretention infolge von Prostatahypertrophie cystotomiert worden und an Lungentuberkulose gestorben. Die Incisionsöffnung im Hypogastrium hatte sich nach der Operation niemals vollständig geschlossen, vielmehr hatte sich an der Stelle eine künstliche Urethra ausgebildet, durch welche der Patient alle 4—5 Stunden spontan urinierte, während durch die natürlichen Wege kein Tropfen Urin mehr abging. *C. Müller-Genf.*

Der mikrochemische Nachweis von Sperma, von Max Richter. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 24.) Florence hat eine neue Methode zum mikrochemischen Nachweis von Sperma angegeben: Setzt man von einer Lösung von 1,65 Jod, 2,54 Jodkalium, 30,0 Wasser zu einem wässrigen Auszug aus einem Spermafleck einen Tropfen hinzu, dann erhält man braungefärbte, mikroskopische Krystalle in rhombischen Tafeln, welche sich in den verschiedenen Flüssigkeiten leicht lösen. Mit keinem anderen Sekret konnte Florence die Reaktion erhalten, als deren Ursache er das „Verispermin" ansieht. Der Verfasser hat diese Angaben nachgeprüft und bestätigt die Ergebnisse von Florence. Jedoch gelang es ihm, dieselbe Reaktion auch bei Versuchen mit Vaginal-, Uterusschleim, faulender Gehirnsubstanz, verschimmeltem Eigelb zu erhalten. Er führt dieselbe zurück auf das Vorhandensein von zersetztem oder sich zersetzenden Lecithin. Das Vorhandensein von Samenfäden ist für das Zustandekommen der Reaktion nicht nötig. — Ist die Reaktion auch nicht allein dem Sperma eigen, so ist sie doch von grofser Bedeutung, da der negative Ausfall mit Sicherheit das Vorhandensein von Sperma ausschliefsen läfst. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Kontraktionsvermögen der Spermatozoen, von William Moser. (*New York med. Journ.* 11. Sept. 1897.) Entgegen der ziemlich allgemein verbreiteten Ansicht glaubt M., durch genaue Beobachtungen festgestellt zu haben, dafs sämtliche

Teile des Spermatozoons, Kopf, Mittelstück und Flagellum kontraktionsfähig sind. In der Ruhe sei der Kopf, wie jede andere freiliegende Zelle, kugelförmig; nur durch Kontraktion entstehe die gewöhnlich beobachtete Birnenform. Weitere Untersuchungen erwünscht. *Philippi-Remscheid.*

Ein Fall von bei der Geburt eingeschnürtem Testikel. Kastration und Heilung, von M. R. Taylor. (*Brit. med. Journ.* 20. Februar 1897.) Ein mit der Zange geholtes Kind zeigte vier Stunden nach der Geburt den rechten Hoden etwas angeschwollen. Am nächsten Morgen war derselbe bereits zweimal so groſs als der linke. Das Kind hatte die ganze Nacht geschrien und verfiel in Krämpfe. Am folgenden Tage wurde in Chloroformnarkose die Kastration vorgenommen. Der entfernte Testikel war rund, glatt, sehr gespannt, unmittelbar über demselben fand sich eine Einschnürung von fibrösem Gewebe. Der Testikel hatte infolgedessen eine tiefdunkle Farbe. Die Tunica vaginalis, der ganze Testikel und Nebenhoden waren von geronnenem Blut erfüllt. *C. Berliner-Aachen.*

Einige klinische Beobachtungen über Hodenerkrankungen, von L. B. Bangs. (*Med. News.* 6. Februar 1897.) B. teilt folgende interessanten Fälle, welche erhebliche diagnostische Schwierigkeiten darboten, mit: I. Ein 54jähriger ehemaliger Blennorrhoiker erkrankte plötzlich mit Hodenschmerzen, welche sich auf verschiedentliche Behandlung und auch nach Incision und Entleerung einer Portion Eiter nicht besserten. Schliefslich wurde das Organ exstirpiert. Die anatomische Diagnose lautete: Entzündung der Tunica vaginalis mit Hämorrhagien und sekundärer Entzündung des Hodens und Nebenhodens. — II. Bei einem 73jährigen Patienten war mehrmals wegen Hydrocele punktiert worden. Das Aussehen des bei der Aufnahme verdickten, verfärbten, empfindlichen Scrotums liefs an maligne Neubildung denken. Eine breite Incision zeigte, dafs die anscheinende Malignität nur auf Hämorrhagie in der Tunica vaginalis beruhte. — III. Der 30jährige Kranke zeigte eine seit 4 Monaten bestehende weiche, gleichmäfsige, nur auf Berührung schmerzhafte, erhebliche Schwellung des einen Hodens. Das exstirpierte Organ erwies sich als fast durchweg krebsig entartet, und 9 Monate später waren die Drüsen der Bauchhöhle und die Niere der betreffenden Seite erkrankt. — IV. Nach Trauma hatte sich vor 10 Jahren bei dem 23jährigen Manne am Hoden ein Knoten entwickelt, welcher in letzter Zeit stark zunahm und zuletzt Schmerzen verursachte. B. diagnostizierte Fibrom mit beginnendem Übergang zur Malignität, was histologisch nach der Kastration bestätigt wurde. *Philippi-Remscheid.*

Zur Kasuistik der freien Körperchen in der Tunica vaginalis des Hodens, von M. Kandaratzky. (*Wratsch.* 1897. No. 10.) Bei einer Hydrocelenoperation an einem 65jährigen Manne fand Autor in der betreffenden Flüssigkeit zwei dieser sehr seltenen freien Körperchen, von denen das eine rund, erbsengroſs, das andere kleiner und an der Seite etwas zusammengedrückt erschien. Die Oberfläche beider war glänzend. Auf der inneren Fläche der Tunica vaginalis fanden sich einige gestielte Hydatiden, die nach Hyrtl, Virchow u. a. als Reste des Wolfschen Körpers anzusehen sind. Mikroskopisch betrachtet bestanden die Körperchen aus grobfaserigem Grundgewebe mit zahlreichen spindelförmigen lymphatischen Spalten, in denen Kalkkonkretionen vereinzelt oder haufenweise angeordnet lagen. Fast dieselbe Struktur zeigten die Hydatiden, nur fehlten hier die Kalkablagerungen. Verfasser schliefst daraus, dafs die beiden Gebilde in genetischem Zusammenhange stehen. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Operation der Hydrocele durch Umstülpung der Tunica vaginalis, von Delore. (*Lyon. méd.* 1897. No. 48.) Die Methode wurde zuerst von Jaboulay em-

pfohlen und ausgeführt. Sie besteht darin, dafs das Scrotum incidiert, die Tunica vaginalis in ihrem ganzen Umfange herausgeschält und zu einem Drittel resseciert wird. Der Rest wird umgestülpt und mittelst drei Catgutnähten hinter dem Hoden fixiert. Recidive sind ausgeschlossen. *C. Müller-Genf.*

Wandständiges Hämatom des Hodensacks im Gefolge einer Hydrocelen punktion, von Weis. (*Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1897. No. 9.) Ein 50jähriger Mann wurde von seinem Arzte wegen linksseitiger Hydrocele punktiert, jedoch folgte eine Jodinjektion nicht darauf. Noch am gleichen Tage empfand der Patient lebhafte Schmerzen, auch schwoll der Hodensack bis zu Kindskopfgröfse an; in den nächsten Tagen wurde die Haut dieser Gegend Sitz einer beträchtlichen Ecchymose. Die Schmerzen milderten sich allmählich, aber die Geschwulst blieb in den nächsten Monaten ganz stationär. 3 Monate nach der Punktion bekam Weis den Patienten zur Behandlung. Der Tumor war noch zwei Fäuste dick, der Hoden verlor sich in dessen Masse, befand sich an der hinteren Fläche, machte aber keinen Vorsprung. Daraus glaubte Weis auf ein Hämatom der Tunica vaginalis schliefsen zu dürfen. Da eine spontane Rückbildung des Tumors nicht zu erwarten war, schritt W. zur Operation. Die Hüllen des Scrotums wurden eingeschnitten, zeigten sich hierbei als Sitz einer harten und wenigstens 1 cm dicken Infiltration. Unter der Tunica fibrosa fand sich der Tumor, welcher breit eröffnet und von Blutgerinnseln befreit wurde. Nun wollte man die Tasche losschälen in der Annahme, es handle sich um eine Hämatocele der Vaginalis, aber da zeigte sich das Hämatom als wandständig, die Tunica vaginalis als ganz davon getrennt und mit 30—40 g klarer Flüssigkeit gefüllt. Nach aufsen, vorn und innen hatte sie der Tumor überdeckt. Incision der Vaginalis, Resektion eines Stückes, Naht derselben. Vereinigung der äufseren Hüllen, Drainage durch Jodoformgaze. Heilung in 8 Tagen. — Die zur Hämatombildung führende Verletzung bestand jedenfalls in einem Anstechen einer Vene durch den Troicart, der Zustand des Patienten begünstigte wahrscheinlich diese Blutgeschwulst, denn er blutete bei der kleinsten Verletzung und litt oft an starker Epistaxis. Das Blut flofs in grofser Menge und ergofs sich zwischen Tunica fibrosa und vaginalis, wie es sich bei der Operation herausgestellt hat. — Schwierig kann die Diagnose werden zwischen Haematocele vaginalis und parietalis. Die blutige Infiltration der Wandung spricht für ein Haematoma parietale, wie im vorliegenden Falle, dagegen ist die Lage des Hodens weniger zu verwerten, denn bei gröfseren Ergüssen geht er fast eine Vereinigung mit diesen ein und ist kaum gesondert abzutasten. — Schliefslich macht Verfasser aufmerksam, man solle bei der Punktion genau nach der Lage der Wandvenen sich umsehen, um sie nicht zu treffen. Hat man eine Blutung bewirkt, suche man sofort die Stillung derselben zu erreichen. *Neuhaus-München.*

Die sexuelle Impotenz und ihre Behandlung, von Labuelle. (*Presse méd. belge.* 1897. No. 46.) Verfasser unterscheidet drei Arten der sexuellen Impotenz: die organische (Mifsbildungen, Difformitäten, Tumoren); die neurasthenische und die paralytische. Die neurasthenische Form ist bei weitem die häufigste, aber auch der Therapie am meisten zugängliche. Unter den Neurasthenikern sind wieder die aus einer psychischen Ursache Deprimierten (alte Blennorrhoe, Onanie, Mangel an Selbstvertrauen bezüglich der Zeugungsfähigkeit etc.) und die leicht Erregbaren, bei denen die Ejakulation vor der Immissio penis zu stande kommt, zu unterscheiden. Die Behandlung besteht neben allgemeinen, hygienischen Mafsnahmen in der Anwendung von Metallsonden, welche 5—20 Minuten in der Urethra liegen bleiben; in Ausspülungen mit kaltem Wasser (18—11° C., je nach der Empfindlichkeit der Individuen) mittelst

doppelläufigem Katheter; in der specifischen Behandlung der Prostata mit medikamentösen Bougies (Zink, Alaun, Tannin); bei Induration und Hypertrophie der Drüse nach Blennorrhoe verordnet Verfasser innerlich KJ und gleichzeitig Ichthyolsuppositorien. Bei der paralytischen Impotenz kann die Faradisation der nervösen Centren der Prostata und Kaltwasserkuren versucht werden. *C. Müller-Genf.*

Über die Behandlung der männlichen Impotenz und die Gassenschen Apparate, von L. Loewenfeld. (*Therap. Monatsh.* Februar 1898. Die Anpreisungen der Gassenschen Apparate geben dem Verfasser Veranlassung in ausführlicher Weise darzulegen, wie die Erfolge der sachgemäfsen Behandlung der verschiedenen Formen von Impotenz weit besser sind, als vielfach angenommen wird. Es ist deshalb das Bedürfnis nach mechanischen Hülfsmitteln nach Art der Gassenschen Apparate, welche durch Einführung einer steifen Spirale oder durch Blutstauung vermittels eines Kompressoriums oder einer schröpfkopfartigen Vorrichtung Erektionen hervorrufen sollen, nicht vorhanden. Dagegen werden die in sehr vielen Fällen den Patienten direkt schädigen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Krankenpflege bei Prostatikern, von Paul Friedr. Richter. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1897. No. 6.) Die bedeutendste Rolle spielt für Prostatiker stets der Katheterismus, dessen Besprechung der vorliegende Artikel vorwiegend sich angelegen sein läfst. Es handelt sich dabei natürlich in erster Reihe um die Verhütung der Infektion. Für nicht ausschaltbar hält Verfasser die pathogenen Keime in der Urethra. Absolut steriles Vorgehen ist nicht möglich; zum Glück leistet aber die Blase oft erheblichen Widerstand und überwindet viele eingeführte Keime. — Den Gebrauch desinfizierender Flüssigkeiten verwirft der Verfasser vollkommen, sie sterilisieren den Katheter nicht, schädigen ihn aber. Die Sterilisierung mit Formalin resp. Trioxymethylen ist wertvoll, am sichersten aber die Anwendung des Wasserdampfes, der aufsen und innen auf die Katheter einwirken muſs. — Die Aufbewahrung des sterilen Katheters erfolgt in steriler Gaze oder ausgekochten Glascylindern. Zur Einfettung dient:

Sapon.	50,0
Glycerin	
Aq. dest. ää	25,0
Hydrarg. bichlor.	0,02

(Guyon)

oder, wo das reizt, steriles Glycerin. — Wichtig ist die Reinigung der Umgebung des Orificium externum urethrae. — In der Diätetik erklärt sich Verfasser gegen die Mineralwässer, die die Blase zu stark ausdehnen, gegen Alkoholica bis auf kleine Dosen Rotwein. Wichtig ist regelmäfsige Urin- und Stuhlentleerung, aber keine salinische Abführmittel. — Wollene Kleidung, gute Hautpflege sind notwendig. Bettruhe muſs soviel wie möglich vermieden werden. — Sehr schädlich ist das Radfahren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die chirurgische Behandlung der vergröfserten Prostata, von Ch. W. Cathcart. (*The Scott. med. and surg. Journ.* Dezbr. 1897.) Solange der Katheterismus noch die Beschwerden beseitigt, ist dieser anzuwenden. Reicht er nicht mehr aus, giebt es eine direkte und indirekte Methode der Behandlung. Die erste ist entweder die Prostatektomie oder die Kauterisation nach Bottini. Die zweite ist die Kastration oder die Resektion der Vasa deferentia. Von den Methoden der Prostatektomie kommt nur die suprapubische in Betracht, da die perineale schlechte Resultate giebt. Langdauernde Harnretention bedingt die Gefahr der Nephritis, Septikämie und Pyämie.

Bei der suprapubischen Prostatektomie wird diese Gefahr der reflektorischen Beeinflussung der Nieren durch die Verletzung des Trigonum und des Blasenhalses verstärkt. Andererseits beeinträchtigt auch die doppelseitige Kastration das Allgemeinbefinden in schwerer, bisher noch nicht erklärter Weise. Moullin fand 1892 bei Prostatektomie eine Mortalität von 20%, White bei 111 Fällen von Kastration 7,1%, Bruns dagegen bei der doppelseitigen Kastration 15,5% Todesfälle. Da die Resektion der Vasa deferentia weniger gefährlich ist und ebenso günstige Resultate liefert wie die Kastration, so ist sie dieser vorzuziehen. Nur bei akuter Harnverhaltung ist die Prognose für die Wiederkehr der Blasenfunktion ganz günstig, bei länger dauernder zweifelhaft. Kastration und Vasektomie geben nur dann Erfolge, wenn noch keine fibröse Hypertrophie der Prostata da ist, sondern nur eine vaskuläre und glanduläre. (Die Bottinische Operation, welche doch grofse Beachtung verdient, wird gar nicht in der Arbeit berücksichtigt. D. Ref.) *J. Bloch-Berlin.*

I. Erfahrungen über die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. II. Demonstration eines verbesserten Bottini-schen Incisors und eines Akkumulators mit Ampèremeter, von Albert Freudenberg. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 40.) Verfasser hat seit den früher mitgeteilten fünf Fällen noch acht weitere nach Bottini behandelt. Von diesen 13 waren acht mit kompletter Urinretention seit acht Wochen bis fünf Jahren; einer war schon der doppelseitigen Kastration ohne Erfolg unterzogen. In fünf Fällen bestand nur inkomplette Retention. — Operation stets ohne Narkose unter Kokain. Zweimal trat Exitus letalis ein. Bei einem 77½jährigen Patienten erfolgte der Tod 24 Tage nach der Operation an Pyelitis, erstere hatte an diesem Ausgange keine Schuld. Ein anderer Patient aber ging an embolischer Pneumonie zu Grunde, einer direkten Folge der Operation. — Die komplette Harnretention wurde in jedem Falle beseitigt, zum Teil ganz ohne Residualharn; die inkomplette erfuhr stets eine bedeutende Besserung. Cystitis schwand nach der Operation, einmal auch Pyelitis. Einen eklatanten Fall berichtet Verfasser eingehender. — Verfasser beschreibt dann einen verbesserten Incisor mit Platin-Iridiummesser, das auch in toto durch Kochen sterilisiert werden kann und einen Akkumulator mit Ampèremeter. (Zu beziehen von R. Kiss, Berlin SW, Königgrätzerstrafse 85.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von Albert Freudenberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 46.) Einem 63jährigen Prostatiker war ohne jeden Erfolg von Casper die doppelseitige Kastration gemacht. Drei Jahre später wurde vom Verfasser auf Caspers Veranlassung der Bottinische Incisor angewendet. Der Erfolg war ein glänzender, sodafs der Katheter ganz entbehrt werden kann. Nach diesem Resultate scheint die Berechtigung der Kastration oder der Resektion der Vasa deferentia vor einem Versuche mit dem Bottinischen Verfahren zweifelhaft. — Verfasser schildert dann die von ihm am Incisor angebrachten Veränderungen, die denselben handlicher und sicherer sterilisierbar machen, sowie den dazu geeigneten, mit Ampèremeter versehenen Akkumulator.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie, von K. G. Lennander. (*Centralbl. f. Chirurgie.* 1897. No. 22.) Verfasser giebt in Form einer Tabelle den Bericht über sieben Kastrationen, elf Vasektomien und eine Bottinische Operation bei Prostatahypertrophie. Von der doppelseitigen Kastration hat er einen schlechten Eindruck gewonnen; nur krankhafte Veränderungen, Neuralgien in den Hoden könnten dieselbe indizieren. Die Vasektomien sind ermunternder; aber es

muſs beachtet werden, daſs in zehn von den elf Fällen auch eine sorgsame Katheterbehandlung durchgeführt ist. Bei Blasendilatation ohne Harninfektion und mit nur partieller Harnretention dürfte die Vasektomie groſse Bedeutung haben, wenn man die Einführung eines Katheters streng vermeidet. Aber auch da, wo die Katheterbehandlung nicht schnell zur Besserung führt, dürfte die Vasektomie vorzuschlagen sein. — Bei zu den Nieren ascendierender Cystitis muſs daneben die Epicystotomie, bei Dilatation und kompletter Harnretention ohne Cystitis die Punktion ausgeführt werden. — Die Hoden erscheinen lange Zeit nach der Vasektomie noch normal; ein Patient hatte noch sechs Monate nach der Operation nachts viele Erektionen und Pollutionen. — Bei der Operation muſs mit dem Stück des Vas deferens das umgebende, nervenreiche Bindegewebe entfernt werden. — Die Bottinische Operation mit dem galvanokaustischen Incisor war zweimal ohne Resultat, einmal war die Besserung eine vorübergehende, einmal aber eine gründliche und dauernde; jedoch muſste in diesem Falle wegen Harninfektion längere Zeit der Katheter angewendet werden, derselbe ist also nicht ganz rein. Verfasser vermutet, daſs bei der Bottinischen Operation die Zerstörung von Nerven um die Ductus ejaculatorii für die Wirkung von Bedeutung ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie bespricht Helferich auf dem XXVI. Kongreſs der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (*Deutsche Medizinalztg.* 1897. No. 38.) Die Ausführung der Kastration zu Grunde liegenden Experimente werden, ebenso wie die praktischen Erfolge derselben noch vielfach bestritten. Im allgemeinen ist das Urteil ein günstiges. Psychische Störungen sind beobachtet, die zuweilen durch die prothèse testiculaire in Frankreich mit Erfolg bekämpft sind. Die Resektion des Samenstranges erzielt nach des Verfassers Erfahrungen oft einen sehr guten, oft nur einen mäſsigen Erfolg; in anderen Fällen blieb die Wirkung aus. — Prostatatabletten sollen angeblich bei Prostatikern auch Besserungen bewirkt haben, selbst solche, die aus Samenbläschenextrakt versehentlich hergestellt waren. — Die Resultate der früheren Behandlung mit Massage und Katheterismus waren auch nicht ungünstig; ebenso bringt in entsprechenden Fällen die Punktion mit feinem Troicart und die Drainage nach Cystotomia suprapubia Nutzen. — Das Bottinische Verfahren der galvanokaustischen Incision scheint viel zu leisten: die Entfernung des Mittellappens nach Sectio alta hat keine groſsen Erfolge. — Die Unterbindung der Art. iliae intern. nach Bier ist beachtenswert. — Im ganzen resümiert Verfasser dahin, daſs operatives Eingreifen nur in schweren Fällen indiziert ist, in welchen der Katheterismus und die anderen diätetischen Maſsnahmen versagen. Wo man operiert, wird man auf guten Erfolg rechnen dürfen, so lange die Blase nicht irreparabel erweitert, ihre Muskulatur nicht atrophisch geworden ist. Kastration und Resektion haben die gleichen Erfolge; erstere ist deshalb entbehrlich, da sie gefährlicher ist. Wenn es auch jetzt eine radikale Behandlung der Prostatahypertrophie giebt, darf doch die palliative nicht vernachlässigt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur modernen Behandlung der Prostatahypertrophie, von H. Sacchi. (*Policlinico.* 1897. No. 10.) Verfasser hat bei 19 Patienten die Deferentektomie angewendet und bei 13 derselben einen beträchtlichen, bei drei einen leichten, bei drei anderen gar keinen Erfolg erzielt. Das Resultat ist entweder ein dauerndes und dann wahrscheinlich auf nervösen Einflüssen beruhend oder ein bleibendes und in diesem Falle von anatomischen Veränderungen des Organs abhängend. Meist wurde konstatiert, daſs auch bei den Patienten, welche nach jeder Katheterisation eine Epididymitis bekamen, solche nicht mehr auftrat. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Resektion des ganzen Samenstranges bei Prostatahypertrophie, von C. Edberg. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 33.) Totale Resektion beider Vasa deferentia in Ausdehnung von 8 cm bei einem Prostatiker am 21. Oktober. Erste spontane Urinentleerung den 6. November. In den folgenden Tagen quälender Harndrang. Vom 16. November überhaupt nicht mehr katheterisiert. — Verfasser rekapituliert noch die diesbezügliche Litteratur.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Resektion der Samen-Ausführungsgänge bei Prostatahypertrophie, von A. Sacharow. (*Medis. Rundschau.* 1897. No. 4.) Verfasser beschreibt einen Fall von Prostatahypertrophie, der mittelst der Helferichschen Methode zum Schwinden gebracht wurde, und empfiehlt diese Methode als die beste und am wenigsten eingreifende. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Kastration bei Prostatahypertrophie, von Loumeau. (*Annales de la Policlin. de Bordeaux.* 1897. No. 42.) Es handelte sich um zwei 68jährige Patienten mit langjähriger Harnretention. Die Kastration hatte bei dem einen vollständige, bei dem anderen teilweise Heilung zur Folge; bei beiden wurde aber ein bedeutender Kräfteverfall nach der Exstirpation der Testikel konstatiert. Die eingelegten Seidenprotesen wurden nur von dem einen der beiden Operierten vertragen; beim anderen kam es nach vorangegangenen Reizerscheinungen zur Ausstoßung der Fremdkörper.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von suprapubikaler Prostatektomie, von M. Robson. (*Brit. med. Journ.* 20. Februar 1897.) Der 61jährige Patient konsultierte den Verfasser wegen schmerzhaften und erschwerten Urinierens. Bei der ersten Untersuchung gelang es keinen Stein in der Blase zu entdecken. Aber die Blasenwände fühlten sich rauh an. Die Prostata war vergrößert, jedoch nicht gespannt. Der Urin reagierte alkalisch, zeigte einen weißen, dicken Niederschlag, der aus Eiter und phosphorsaurem Ammoniak bestand. Da der Patient eine Operation ablehnte, so wurde er angewiesen, das Bett zu hüten, den Katheter mit großer Sorgfalt und Vorsicht zu gebrauchen, innerlich Salol einzunehmen und eine geregelte Diät zu beobachten. Der Zustand besserte sich unter diesem Regime außerordentlich und hielt etwa ein Jahr so an, als die die Symptome mit erneuter Heftigkeit im Oktober 1895 zurückkehrten. Die jetzt seitens des Verfassers vorgenommene Untersuchung stellte einen Stein hinter der Prostata, und diese selbst enorm vergrößert fest. Durch die suprapubikale Cystotomie wurde ein taubeneigroßer, in eine tiefe hinter der Prostata befindliche Falte encystierter Stein entfernt, hierauf der vergrößerte mittlere Prostatalappen excidiert. Trotz des schweren operativen Eingriffes genas der Patient vollkommen. Die Beschwerden sind nunmehr bereits zehn Monate seit der Operation gänzlich fortgeblieben. *C. Berliner-Aachen.*

Scirruskrebs der Prostata, von Heaton. (*Brit. med. Journ.* 1. Mai 1897.) Ein 63jähriger Mann litt an Retentio urinae, wegen der die suprapubikale Cystotomie vorgenommen worden war. Der Patient starb einige Monate später an suppurativer Pyelo-Nephritis. Die Sektion ergab eine große unregelmäßige Vergrößerung der lateralen Prostatalappen, durch welche ein glatter Tumor im Rectum gefühlt werden konnte. Mikroskopisch zeigte die Geschwulst die typischen Anzeichen eines harten Drüsencarcinoms. Die Hauptsymptome bei Lebzeiten des Patienten waren die rasch fortschreitende Vergrößerung der Prostata — zu rapide für gewöhnliche Hypertrophie — und rapide Abmagerung. Niemals war Hämaturie vorhanden.

C. Berliner-Aachen.

Sarcoma der Prostata, von H. Marsh. (*Brit med. Journ.* 17. April 1897.) Ein 57jähriger Patient starb an den Folgen eines Tumors der Prostata. Die Geschwulst hatte das Becken ausgefüllt, die Blase verdrängt und so auf das Rectum gedrückt, dafs es zu einem Darmverschlufs mit den gefährlichen Folgeerscheinungen kam. Die Sektion ergab einen Tumor, der in eine feste Kapsel eingeschlossen war und mikroskopisch sich als ein Spindelzellensarkom erwies. *C. Berliner-Aachen.*

Pathologie und Therapie der Harnabscesse, von J. Lipowski. (*Langenbecks Archiv.* Bd. LII, Heft 3 u. 4, Bd. LIII, Heft 1; *Centralbl. f. Chir.* 1897. No. 14.) Eine sehr ausführliche Abhandlung über die Harnabscesse unter Berücksichtigung der betreffenden Litteratur. Ätiologisch kommt vor allem die Blennorrhoe in Betracht; Verfasser nimmt eine pyogene Fähigkeit der Gonokokken an. Tuberkulose, Syphilis, Traumen, Steine, Strikturen werden eingehend erörtert. Auch Nieren- und Nierenbeckeneiterungen werden abgehandelt. — Aus der Therapie ist hervorzuheben die Warnung vor Eröffnung der Prostata vom Darm aus. Bei Dammabscessen wird der Verweilkatheter empfohlen, der unter antiseptischen Mafsnahmen und regelmäfsigen Spülungen sehr lange liegen kann. — Die Plastik entstandener Defekte und alle weiteren mit dem Thema in irgend welcher Verbindung stehenden Punkte finden eine ausführliche Bearbeitung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Harntrübung. Ein Beitrag zur klinischen Harnuntersuchung, von C. Posner. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1897. No. 40.) Durch Bakterien, Salze, Zellelemente kann der Harn getrübt sein. Letztere werden durch Zusatz von Kalilauge in eine gallertige Masse umgewandelt. Bluthaltiger Urin zeigt nach Alkalisierung des Harns beim Erhitzen einen blutfarbigen Niederschlag. Die Menge des Eiters im Harn wird meistens durch Schätzung bestimmt, eine wenig exakte Methode. Die Centrifuge giebt auch nicht genaue Auskunft, da ein ganz verschiedener Procentsatz der Eiterkörperchen sich nur niederschlägt. Praktischer ist schon die Zählung derselben mit dem Thoma-Zeissschen Blutkörperchenzähler; sie giebt annähernd genaue Auskunft. Ihr Wert liegt besonders in der Feststellung des Verhältnisses der Pyurie zur Albuminurie. Die Zählung lehrt, dafs selbst hochgradige Eitermengen nur einen sehr geringen Eiweifsgehalt geben. Erst 80—100 000 Eiterzellen im Kubikmillimeter entsprechen 1‰ Eiweifs. In Verbindung mit den übrigen Symptomen giebt die Eiterkörperchenzählung ein Bild, ob Albuminuria spuria oder vera besteht. — Eine einfachere Methode der Bestimmung ist die Transparenzbestimmung, welche Verfasser empfiehlt. Wenn man sicher ist, dafs keine Salzabscheidungen mitspielen, mufs der Grad der Durchsichtigkeit mafsgebend sein für den Eitergehalt. Man stellt das einfach so an, dafs man ein Becherglas mit planem Boden auf mit starker Schrift bedrucktes Papier stellt und langsam solange Urin auffüllt, bis die Schrift verschwunden ist. Die Höhe der Urinschicht, in Centimetern abgemessen, bedeutet den Grad der Transparenz. Ein Urin, der noch in 8 cm Höhe durchsichtig ist, gilt als normal. Verfasser bezeichnet mit „Transparenz 3“, dafs man bei einer Schicht von 3 cm Höhe die Schrift noch gerade erkennen kann. Durch Eintragung auf Millimeterpapier erhält man dann anschauliche Kurven. Einen gewissen Einfluss hat natürlich die Färbung des Urins. Die Transparenz von ½— 1 entspricht etwa 40 000 Eiterzellen, Transparenz 2 entspricht 10—20 000 Eiterzellen, Transparenz 5 entspricht 3000 Eiterzellen. — Verfasser hält diese Untersuchung für ein leicht anzuwendendes Mittel für den Praktiker.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Untersuchungen über den normalen Urin des Kindes, von Garron de la Carrière Monfet. (*Presse méd.* 1897. No. 59.) Das gesunde Kind uriniert ver-

hältnismäfsig viel mehr als die Erwachsenen. Das spezifische Gewicht des Kinderharns ist etwas, der Aciditätsgrad bedeutend höher als beim Erwachsenen, der Stickstoffwechsel circa um ein Drittel erhöht. Der Gehalt der Kinderzellen an Mineralbestandteilen ist ebenfalls beträchtlicher. Überhaupt ist der Stoffwechsel beim Kinde ein viel regerer und erreicht sein Maximum im Alter zwischen 5 und 10 Jahren.

C. Müller-Genf.

Die Harnuntersuchung zur Stellung der Diagnose, von R. Huebner, analyt. Chemiker und Bakteriologe. (*Deutsch-amerik. Apothekerztg.* 1897. No. 12.) Zur Analyse des Harns soll die Flasche, in welcher der Harn gesammelt wird, vollständig rein und steril sein, was durch Kochen in Wasser erreicht wird. Zum Verschlusse ist ein neuer Kork zu verwenden. Das Sammelgefäfs soll vorher gründlich ausgescheuert und in siedendem Wasser ausgebrüht werden, sowie dicht verschlossen sein. Da der Harn zu verschiedenen Tageszeiten verschiedene Zusammensetzung hat, so soll von jeder entleerten Quantität ein Teil für die Untersuchung benutzt werden. Man untersuche möglichst zwischen 8 Uhr abends und 8 Uhr morgens, sowie den von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr abends gelassenen Harn getrennt. *A. Strauſs-Barmen.*

Über einen Fall von Tuberkulose des Urogenitaltrakts; Autopsie, von H. M. King. (*Med. News.* 4. Sept. 1897.) Die Unentbehrlichkeit einer rechtzeitigen Diagnose illustriert der folgende Fall: Ein 13jähriges Mädchen, welches bereits fünf Monate wegen Blasenbeschwerden, Incontinentia urinae, Schmerzen im Unterleib und hochgradiger Abmagerung in Behandlung verschiedener Ärzte gewesen war, kam in hoffnungslosem Zustande schliefslich zu K. Derselbe konstatierte einen grofsen fluktuierenden Tumor, welcher fast die ganze rechte Seite der Abdominalhöhle ausfüllte. Im Urin viel Eiter, Cylinder und reichliche Tuberkelbacillen. Brustorgane gesund. Bei dem acht Tage später erfolgten Tode konstatierte man makroskopisch ganz gesunde Lungen, Herz, Leber, Milz, Pankreas und Darmkanal. Die Mesenterialdrüsen waren in grofser Anzahl tuberkulös entartet. Die rechte Niere (der vorher konstatierte, fluktuierende Tumor) war in einen sechs Zoll langen, vier Zoll breiten Sack verwandelt, der mit bacillenhaltigem Eiter angefüllt war. Linke Niere zeigte eine subakute, parenchymatöse Entzündung, wohl neueren Datums. Blasenwand verdickt, das Epithel fast vollständig abgelöst. — Es lag also eine idiopathische Tuberkulose der einen Niere vor, und bei rechtzeitiger Diagnose wäre es wohl möglich gewesen, durch eine Operation das Leben des Kindes zu retten.

Philippi-Remscheid.

Zur Cystoskopie bei blutigem Harn nebst einigen Betrachtungen über den Katheterismus der Ureteren, von S. von Fedoroff. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 33.) Die klinischen, chemischen und mikroskopischen Methoden klären uns doch oft über die Quelle des dem Harn beigemengten Blutes nicht auf. Hier mufs die Cystoskopie und der Katheterismus der Ureteren helfen. Verfasser berichtet über einen Fall, in dem die Cystoskopie ihren Zweck erfüllte. In einem anderen Falle ermöglichte der Katheterismus der Ureteren die Diagnose einer durch Stein bedingten Stenose des Ureters. Auch die Erkennung der Quelle bei Blasenblutung gelang durch die Cystoskopie; es waren stecknadelgrofse Papillome. Die Instrumente von Nitze und Casper sind die besten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorlesungen über Hämaturie, von F. R. Eccles. (*Brit. med. Journ.* 5. Juni 1897.) Der Verfasser bringt zunächst einen kurzen klinischen Bericht über acht Fälle von Hämaturie aus seiner Praxis und knüpft daran allgemeine Bemerkungen, die sich hauptsächlich auf die Diagnose und auf die Feststellung der Herkunft des

Blutes beziehen. Fast immer läfst sich bestimmen, ob das Blut aus den Nieren, Ureteren, aus der Blase oder Urethra stammt. Der Verfasser giebt die differential-diagnostischen Merkmale an. Blut aus der Urethra kann auch in der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Harnentleerungen abfliefsen. Blut aus dem Blasenhals wird besonders gegen Ende der Harnentleerung bemerkt. Wenn die Blutung aus der Blase stammt, dann ist sie meistens reichlicher, hartnäckiger, klumpenartig und von Blasenbeschwerden begleitet. Blut aus der Niere ist mit dem Urin innig vermischt. Ist die Menge grofs, dann bilden sich zuweilen in den Ureteren Klumpen, die ähnliche Symptome hervorrufen können wie Ureterensteine. — In fünf der vom Verfasser beschriebenen Fälle scheint Malaria die Ursache der Hämaturie gewesen zu sein.

C. Berliner-Aachen.

Über Hämoglobinurie nach Chiningebrauch, von Murri. (*Policlinico.* 1897. No. 11.) Die vorliegende Arbeit dient als Antwort auf eine von Baccelli geäufserte Ansicht, wonach die Hämoglobinurie im Verlaufe von Malaria so ziemlich ausschliefslich dem verabreichten Chinin zuzuschreiben sei. Demgegenüber erklärt nun M., dafs dies keineswegs der Fall sei, sondern dafs die Erscheinung auf die Malariainfektion zurückzuführen sei. Wenn man aber die aufserordentliche Seltenheit dieser Erscheinung bei der bedeutenden Häufigkeit der Malariaerkrankungen in Betracht ziehe und ferner berücksichtige, dafs die Hämoglobinurie nur bei ganz schwerer Malariainfektion vorkomme, so müsse man andererseits bekennen, dafs der Koëfficient Malaria zwar ein schwerwiegender, aber nicht der ausschliefsliche Faktor in der Kette der sur sog. Chinin-Hämoglobinurie führenden Erscheinungen darstelle. Diese wäre vielmehr als das Endresultat des Zusammenwirkens der Malariainfektion + Chinin + X. Die Natur dieses X, welches sogar den Hauptkomponenten bilden würde, ist aber noch gänzlich unbekannt. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von L. van T'Hoff. *Berl. klin. Wochenschr.* 1997. No. 34.) Die Anschauungen über die Ursache und Pathogenese der Hämoglobinurie gehen bei den verschiedenen Autoren sehr auseinander. Es erklärt sich das durch das geringe, dem einzelnen Autor zur Verfügung stehende Material. Verfasser teilt deshalb einen von ihm beobachteten Fall mit. Derselbe betrifft ein zehnjähriges Mädchen, deren Mutter zuerst sieben tote Kinder und drei, die nur wenige Tage lebten, geboren. Dann folgten Patientin, dann wieder zwei Kinder, die bald nach der Geburt starben, dann ein lebengebliebener Knabe, dann wieder zwei Fehlgeburten. — Die Patientin entleert seit ihrem dritten Jahre anfallsweise roten Urin; die Anfälle treten nur bei Frostwetter oder Nordostwind auf, gehen mit Fieber einher. Einen solchen konnte Verfasser genau beobachten; er dauerte nur wenige Stunden. Eine Milzvergröfserung war nachweisbar. — Der Urin zeigte den charakteristischen Befund der Hämoglobinurie. — Das Kind war bis auf etwas Anämie gut entwickelt und gut genährt. — Die Resistenz der roten Blutkörperchen, nach Hamburger geprüft, erwies sich als herabgesetzt. (Über die Beziehung der Affektion zu etwaiger hereditärer Lues sagt Verfasser nichts, trotzdem doch die Mutter höchst suspekt ist. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Melanurie, ein Kunstprodukt der Chininsalze, von Below. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 46.) Verfasser führt aus, dafs das „Schwarzwasserfieber" als Leiden sui generis in den tropischen Gegenden nicht existiert. Die Melanurie ist ein Kunstprodukt, erzeugt durch übermäfsigen Gebrauch der Chininsalze. Beobachtungen von Heinemann und Daempwolf begründen diese Anschauung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur Klinik der Harnsäurediathese, von C. Lange-Kopenhagen. (*Hospitals-Tid.* 1897. No. 1—4.) Aus dieser Abhandlung, welche ein Glied in einer Reihe bemerkenswerter klinischer Arbeiten über die Harnsäurediathese bildet und zahlreiche Krankengeschichten enthält, soll nur dasjenige hervorgezogen werden, was besonderes Interesse für die Hautpathologie darbietet. In den Fällen von Akrodynie und Akroparästhesie, die Verfasser beobachtet hat, ist er immer im stande gewesen, das Vorhandensein dieser Diathese nachweisen zu können, und hat sie einigermafsen leicht einer antidiathesischen Behandlung weichen gesehen. Uratische Kreislaufstörungen, wie Hitze- und Kälteparoxysmen mit Kongestions- und Kollapserscheinungen kommen sehr häufig vor. Ferner erwähnt Verfasser die Urticaria, besonders die periodische, spontan recidivierende, und das akute angioneurotische Hautödem, welches nach der Erfahrung des Verfassers nicht so selten vorkommt, wie allgemein angenommen wird, und wovon mehrere Krankengeschichten angeführt werden. Das Ekzem kommt sehr häufig bei dieser Diathese vor, desgleichen der Pruritus, ebenso eine habituelle Neigung zur Schweifssekretion. Spontan und periodisch eintretende heftige Schweifsparoxysmen können ebenfalls ein Zeichen der Diathese sein. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Die Harnsäure-Diathese. von A. Haig. (*Brit. med. Journ.* 2. Jan. 1897.) Der Verfasser hält die Harnsäure-Diathese für eine Mythe und ihre Symptome nur für Diätfehler. Jene verschwinden, sobald diese korrigiert werden. Ein Übermafs von Harnsäure im Körper kann man durch Genufs zu grofser Stickstoffmengen erzielen. Es spielen indessen noch andere Faktoren eine ursächliche Rolle, unter anderen das Klima, fieberhafte Krankheiten, die Malaria, die Leukocythämie, die Menstruation, der Genufs von Bier und Wein etc. *C. Berliner-Aachen.*

Über die pharmakologische Behandlung der harnsauren Diathese, speziell der Harnsteine, von Gonzàlez Tànago. (*El Siglo méd.* No. 2270 u. 71.) Als solche empfiehlt Verfasser neben entsprechender Diät den Gebrauch alkalischer Wässer, jedoch nicht in übertriebener Menge, um nicht die Bildung von Phosphatsteinen zu begünstigen; aufserdem die Darreichung von Urotropin, in Dosen von 1,0 bis 3,0 pro die oder von Harnstoff zu 10—20,0 pro die; bei voluminösen Steinen läfst sich natürlich nur von der Operation ein günstiger Erfolg erwarten.

C. Müller-Genf.

Ein neues Albuminimeter, nach E. Riegler in Jassy. (*Pharm. Centralhalle.* 1897. No. 22.) Das Prinzip des Albuminimeters beruht auf der Eigenschaft des Asaprols, aus sauren Lösungen Albumin bei gewöhnlicher Temperatur vollständig zu fällen. Als ein grofser Vorteil der Methode wird die Empfindlichkeit und unbegrenzte Haltbarkeit des Reagens auf Eiweifs bezeichnet. Auch Täuschungen über die Natur des Niederschlages sind ausgeschlossen. Zu haben bei P. Altmann, Berlin NW., Luisenstr. 52. Preis M. 1.50 ohne Reagens. *A. Strauſs-Barmen.*

Eine neue Methode zum Nachweis der Albumosen im Harn. Vorläufige Mitteilungen von Ivar Bang. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 2.) Verfasser verfährt folgendermafsen: 10 ccm Harn mit 8,0 fein gepulvertem Ammoniumsulfat in einem Reagensglase bis zur Lösung erhitzen, einen Augenblick aufkochen, dann centrifugieren. Der Bodensatz wird mit Alkohol zerrieben, die alkoholische Lösung abgegossen, der Rückstand in etwas Wasser gelöst, gekocht, filtriert und mit dem Filtrat die Biuretreaktion ausgeführt. Bei starkem Urobilingehalt, nachweisbar durch die auf Zusatz von $ZnCl_2$ und Ammoniak eintretende starke Fluorescenz, wird das Filtrat

vorher mit Chloroform ausgeschüttelt. So kann man eine Albumosenmenge von 1:4000—5000 nachweisen. Wo keine Centrifuge vorhanden ist, werden 10 ccm Harn im Reagensglase gekocht, wobei sich die Albumosen an der Wand des Glases als klebrige Masse absetzen. Die Flüssigkeit wird abgegossen und die zähe Masse mit Alkohol ausgewaschen, der Rückstand in Wasser gelöst und die Biuretreaktion angestellt. Bekommt man nach Fällung mit Ammoniumsulfat ein rotes Alkoholextrakt das die Spektralfarben des Hämatoporphyrin giebt, dann muſs dieses erst mit Baryumchlorid gefällt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Ausscheidung pathologischer gerinnungshemmender und gerinnungsfördernder Eiweiſskörper durch den Harn, von Victor Lenoblé. (*Wien. klin. Rundsch.* 1897. No. 27.) Verfasser suchte festzustellen, ob die im pathologischen Harn ausgeschiedenen Eiweiſsstoffe besonders ausgesprochene biochemische Eigenschaften zeigen, zunächst ob und inwieweit sie die Gerinnungsfähigkeit des Blutes alterieren. Er fand folgendes: Von 29 Fällen (Pneumonie, Typhus, Meningitis cerebrospinalis epidemica, Pyämie, Hämophilie, Purpura, Peliosis rheumatica, Scorbut) zeigte sich in 27 eine deutlich beschleunigende oder hemmende Wirkung auf die Gerinnung. Ein für irgend eine Erkrankung spezifisches Verhalten konnte nicht konstatiert werden; bei den einzelnen Fällen war das Verhalten aber kein regelloses. — In Bezug auf gerinnungsalterierende Körper zeigen Blut und Harn ein entgegengesetztes Verhalten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Urattrübung bei der Heller'schen Eiweiſsprobe; von Theodor Husche. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 24, 25.) Aus seinen Versuchen zieht Verfasser folgende Schlüsse: 1. Die Beschreibung der Heller'schen Eiweiſsprobe in den Lehrbüchern ist von Unrichtigkeiten nicht frei und kann zu Miſsverständnissen Veranlassung geben. 2. Das Eiweiſs erscheint bei der Heller'schen Probe als eine mehr oder weniger dichte Scheibe an der Berührungsstelle der Flüssigkeiten. 3. In den meisten Harnen findet man oberhalb der Berührungsstelle eine makroskopisch ziemlich homogene, nach unten scharf abgegrenzte, nach oben vielfach wolkig auslaufende Trübung, welche wahrscheinlich durch ein Nucleoalbumin verursacht wird. 4. Diese Trübung verschwindet beim Erwärmen nicht vollständig, sondern kehrt, nachdem eine leichte Lösung eingetreten ist, von oben herab wieder, bisweilen sogar stärker als vor dem Erwärmen. Ihre untere Grenze ist nach dem Erwärmen ebenso scharf wie vorher, liegt aber etwas höher. 5. In koncentrierten, uratreichen Harnen entwickelt die Salpetersäure eine teils ziemlich homogene, teils mehr oder weniger grobflockige Trübung, welche oberhalb der Berührungsstelle von Harn und Salpetersäure beginnt, nach unten scharf abgegrenzt ist und nach oben hin sich durch die ganze Harnsäule erstreckt. 6. Die echte Urattrübung läſst sich durch Verdünnen des Harns verhindern, die sogenannte nicht. 7. In eiweiſshaltigen koncentrierten und uratreichen Harnen kann man folgendes beobachten: Eiweiſsscheibe, darüber klare Schicht, darüber Urattrübung und in dieser als weitere Verdichtung erkennbar eine etwa scheibenförmige Trübung, wahrscheinlich aus Nucleoalbumin bestehend.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen eigenartigen Eiweiſskörper im Harn und seine diagnostische Bedeutung, von Heinrich Rosin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 48.) Bei einer 36jährigen Patientin fand sich eine starke Ausscheidung von Albumosen im Harn, der aufserdem Cylinder enthielt. Die Sektion ergab neben einer Nephritis eine myelogene Rundzellen-Sarkomatose in zahlreichen Rippen, welche dadurch weich und biegsam geworden sind. Verfasser sucht nun an der Hand von fünf weiteren Fällen von

Albumosurie festzustellen, in welchem Zusammenhange diese mit dem Obduktionsbefunde steht. Er kommt dabei zu dem Schlusse, dafs die Sarkomwucherung mit gröfster Wahrscheinlichkeit die Ursache des Albumosengehaltes im Harne ist. Es hat also letztere eine diagnostische Bedeutung für die multiplen, myelogenen Sarkome des Thoraxskeletts. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Alkaptonurie, von Thomas B. Futcher. (*New York med. Journ.* 15. Jan. 1898.) Der Name Alkapton (von „Alkali" und *κάπτειν* (?) = gierig fassen) wurde zuerst von Boedeker (1859) einer Substanz gegeben, welche im Urin eines Patienten mit den zwei folgenden Hauptmerkmalen gefunden wurde: 1. alkalische Kupferlösung zu reduzieren und 2. in Gegenwart eines Alkali Sauerstoff aus der Luft zu absorbieren und daher eine dunkelbraune bis schwarze Farbe anzunehmen. Futcher unterzieht all' die Arbeiten, welche seitdem amerikanische, englische und deutsche Autoren (besonders Baumann, der jüngst verstorbene Chemiker) über das Thema veröffentlicht haben, einer eingehenden Betrachtung und bringt sodann einen selbst beobachteten Fall in ausführlichster Weise. Von äufseren Kennzeichen dieses Alkaptonharns kommt vor allem die Farbe in Betracht, welche, kurz nach der Entleerung stroh- bis bernsteingelb, bei Luftzutritt allmählich rotbraun wird; das spezifische Gewicht schwankt dabei zwischen 1010—1020, die durchschnittliche Menge des entleerten Harns beträgt ca. 2, bei Milchdiät $1^1/_2$ Liter. Setzt man einige Tropfen Natron- oder Kaliumlauge zum Harn und schüttelt ihn, so entsteht beinahe sofort eine rotbraune Farbe, die Fehlingsche Lösung wird beim Erwärmen reduziert, während die Bismut-, Phenylhydrazin-, die Gährungsprobe und die Polarisation keine Reaktion geben. Die Alkaptonurie kann nicht als eine Krankheit angesehen werden, sondern als eine Erscheinung, welche bei verschiedenen Affektionen von Erwachsenen und Kindern vorkommen kann und ohne Einfluss auf das subjektive Befinden ist; sie tritt mit Vorliebe bei verschiedenen Gliedern ein und derselben Familie auf. Von Wichtigkeit ist diese Harnbeschaffenheit deshalb, weil fälschlich Glykosurie angenommen werden kann, wozu vor allem der identische Ausfall der Fehlingschen Reaktion Veranlassung giebt, während die übrigen Reaktionen, wie oben angegeben, die Differentialdiagnose ermöglichen. *Stern-München.*

Ein Fall von Alkaptonurie, von Carl Hirsch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 40.) Ein 17jähriges Mädchen mit fieberhaftem Magenkatarrh entleert einen allmählig schwarz werdenden, dunkeln, bräunlichen Harn. Karbol, Salicyl etc. war nicht gebraucht; die Eisenchlorid- und Bromwasserprobe fiel negativ aus. Der Harn war ein Alkaptonharn. Aus dem mit Schwefelsäure angesäuertem Harn war eine Säure extrahierbar, welche 1. in alkalischer Lösung eine dunkelbraune Farbe annahm; 2. ammoniakalische Silberlösung in der Kälte reduzierte; 3. Fehlingsche Lösung in der Wärme reduzierte; 4. mit sehr verdünnter Eisenchloridlösung eine schnell vorübergehende Blaufärbung gab; 5. ein in kaltem Wasser schwerlösliches Bleisalz bildete. — Am vierten Tage verschwand die Harnanomalie. Stark reduzierende, sich beim Stehen an der Luft, nach Alkalizusatz oder nach Eintritt ammoniakalischer Gährung schwarz färbende Harne nennt man nach Boedeker Alkaptonharne. Die Herkunft des Alkaptons ist nicht genau ergründet. — In den meisten Fällen mit Alkaptonharn handelte es sich um dauernde oder intermittierende Stoffwechselanomalie; aber auch bei Diabetes, Phthisis, Peritonitis tuberculosa ist er beobachtet. — In dem vorliegenden Falle war neben dem akuten Verlauf die tintenschwarze Färbung trotz saurer Reaktion auffallend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 5. 1. September 1898.

Aus der dermatologischen Klinik von Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Xanthoma glycosuricum.

Von

Dr. J. Schwenter-Trachsler, Bern.

(Mit Tafel II.)

Anfangs Mai dieses Jahres (1898) trat in die Klinik des Herrn Dr. Unna ein Mann ein, der an Xanthoma glycosuricum litt. Da diese Krankheit gegenwärtig noch nicht allgemein bekannt ist, so gestattete Herr Dr. Unna dem Verfasser in freundlichster Weise, die klinischen Ergebnisse, welche bei der Beobachtung dieses Leidens bisher festgestellt worden sind, an dieser Stelle zu veröffentlichen.

Über Xanthoma glycosuricum haben in der ersten Zeit besonders englische, amerikanische und französische Beobachter berichtet.

So besprechen Besnier und Doyon einen solchen Fall ausführlich in *Maladies de la peau*, par M. Kaposi, *Traduction avec notes et additions* par E. Besnier et A. Doyon (1891).

Es handelte sich um einen 42 Jahre alten, wohlbeleibten Mann mit gut entwickelter Muskulatur, von Beruf Metzger. Derselbe litt an einem Hautausschlag von rötlich-gelben Papeln. Diese Papeln oder Knoten befanden sich besonders auf den Streckseiten der Arme, d. h. auf der Gegend der Ellenbogen, auf dem Ulnarbezirk und auf der Streckseite der Handgelenke; auf den Hohlhänden waren deren auch einige und zwar aufserhalb der Faltungsfurchen. Auf den Ellenbogen waren viele dieser Knoten zusammen verschmolzen. Einzelne zerstreute Papeln fanden sich auf der Beugeseite der Ober- und Unterarme und auf dem Nacken, sodann war eine kleine Gruppe auf dem Rücken. Weiter zeigte sich der Ausschlag in der Lendengegend, am Gesäfs, in den Gesäfsfalten und oben an der Hinterfläche der Oberschenkel. Auf den Knien waren mehrere Knotenscheiben mit einander verwachsener Knoten zu sehen. Im Bereich der Kniekehlen, auf dem Fufsrücken und auf den Fufssohlen waren auch einige wenige kleine Knötchen vorhanden.

Nicht betroffen waren die Augenlider, das Gesicht überhaupt, ebenso die Mundschleimhaut und der Haarboden; auch Brust und Bauch waren frei, sowie die Gegend der Genitalien.

Die Knoten verursachten Schmerzen, besonders nachts.

Der Urin enthielt 7,8% Zucker.

Während der letzten 5 Jahre war dieser Ausschlag gegen den Monat Juli aufgetreten und bis zum November wieder verschwunden; das letzte Mal verschwand er nicht mehr vollständig.

Die Mutter des Kranken starb 28 Jahre alt an Phthise; er selbst soll einmal an einer Lungenentzündung und ein anderes Mal an einer Leberkolik gelitten haben.

Seit sein papulöser Ausschlag das erste Mal sich zeigte, ergab die Untersuchung seines Urins immer einen Zuckergehalt desselben; der Zucker verschwand niemals ganz und war quantitativen Schwankungen unterworfen.

Nach der Angabe des Patienten hatte seine virile Potenz nicht abgenommen.

Über einen gleichen Hautausschlag berichtet auch A. R. Robinson in *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten.* Heft IV, Tafel 13 (1890).

Es war ebenfalls ein gut gebauter, korpulenter Mann, im Alter von 31 Jahren. Hauptsächlich an den Streckseiten der Arme und Beine fanden sich bei ihm kleine und grofse rote Papeln mit gelber Spitze und Plaques, die aus dem Verschmelzen einzelner Knoten entstanden zu sein schienen. Die kleinsten Papeln waren ganz rot; wenn sie aber durch Druck anämisch gemacht wurden, so waren sie in der Mitte gelb. Die Mehrzahl der Papeln soll an den Haarfollikeln gelegen sein. Die Plaques waren mehr höckerig, und zwar waren die einzelnen kleinen Höcker gelb, die dazwischen liegenden Vertiefungen rot, und von roter Farbe war auch der Rand der Knotenscheiben. Diese Plaques befanden sich auf der Streckseite der Ellenbogen.

Aufser den Streckseiten der Extremitäten waren noch viele einzelne Efflorescenzen an der Gesäfs- und Lendenregion zu konstatieren. Aufserdem war eine einzeln stehende kleine Papel zu sehen zwischen dem inneren Ende der linken Augenbraue und der Nasenwurzel. Sonst war der Kopf, die Mundschleimhaut und auch der Penis frei. Auf dem übrigen Teile des Rumpfes, auf den Handflächen und Fufssohlen waren noch zerstreute Läsionen. Das Berühren der Protuberanzen verursachte einen brennenden Schmerz; sie waren von fester, derber Konsistenz.

Im Urin fanden sich 5% Zucker. Der Ausschlag hatte drei Monate vorher angefangen sich zu zeigen, und zwar zuerst auf der Gesäfs- und Lendenregion; er dauerte noch ungefähr ein halbes Jahr an; er verschwand dann und mit ihm auch der Zucker aus dem Urin. Etwa drei Monate

später zeigte sich das Exanthem wieder an den Streckseiten der Vorderarme und ging einen Monat später wieder zurück.

Bis zum ersten Auftreten des Ausschlages hatte dem Manne nie etwas gefehlt, und auch während des Bestehens desselben fühlte er sich, abgesehen von einem starken Durstgefühl, gesund.

Die inneren Organe waren normal und die virile Potenz sollte sich nicht vermindert haben.

Von der gleichen Krankheit berichtet J. C. JOHNSTON, New-York, in *Journ. of cutan. and gen.-urin. diseas.*, Mai 1894. Es betraf einen 57 Jahre alten Patienten, der 8% Zucker in seinem Harn hatte. Der Ausschlag war in kurzer Zeit zu stande gekommen und betraf hauptsächlich die Ellenbogen, die Dorsalfläche der Handgelenke, Rücken, Beine und Füfse. Das Gesicht, die Augenlider, die Kopfhaut überhaupt und die Wangenschleimhaut waren frei, ebenso die Genitalien.

Die einzelnen Efflorescenzen waren anfangs dunkelrot, wurden dann rosarot und zeigten die charakteristische gelbe Spitze; sie waren hart, scharf begrenzt und von verschiedener Gröfse.

In *The Brit. Journ. of Derm.*, Dezember 1897, berichtet NORMAN WALKER von einem Knotenausschlag auf der Haut bei Anwesenheit von Zucker im Harn. Er betraf ein 21 Jahre altes Frauenzimmer. Die Efflorescenzen zeigten sich zwei Mal hintereinander; das erste Mal während 6 Monaten, um dann nach einem Monat Pause wieder zu erscheinen. Die Knoten sollen beim Erscheinen tief rot gewesen sein; die mittelgrofsen hatten eine gelbe Spitze, umgeben von einem roten Halo; ihre Konsistenz war eine sehr harte. Die Papeln traten zuerst auf den Ellenbogen auf und dann auf den Knien. An diesen Stellen fanden sich auch später die gröfsten Knoten vor; nachher zeigten sich einige Knötchen, etwa acht, auf dem Kinn und auf dem Nasenrücken. Die Hauptmenge der Protuberanzen jedoch, etwa 800 bis 1000 an der Zahl, betraf die vier Extremitäten. Bei dieser Patientin verursachten dieselben keine Beschwerden.

Im Urin fanden sich 5% Zucker und 1% Eiweifs.

In der gleichen Nummer des eben erwähnten Journals berichtet auch P. S. ABRAHAM über einen Fall mit dieser Krankheit. Der Ausschlag war vor 6 Wochen aufgetreten. Die Eruption betraf die Arme auf deren Beugeseite, und zwar besonders die Gegend des Ellenbogens, den Nacken und Rumpf; letzteren hauptsächlich an dessen Seitenflächen. Die Papeln waren rötlich mit gelbem Centrum, hanfsamengrofs; sie belästigten den Kranken. Trotzdem fühlte sich der 45 Jahre alte, korpulente Herr gesund, hatte aber öfters Durst. In seinem Urin waren 6% Zucker.

Alle bis jetzt erwähnten Fälle mit Knötchenausschlag auf der Haut hatten Traubenzucker im Harn; es kann aber auch Pentose in demselben vorkommen. So erzählt P. C. COLOMBINI in *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1897,

Bd. 24, Heft 3, von einem 50 Jahre alten Bauern mit Papelausschlag auf der Haut, dafs bei diesem Manne vergebens nach Traubenzucker in dessen Urin geforscht wurde, dagegen fand sich schliefslich Pentose darin. Dieser Patient nun zeigte nicht das gewöhnliche bereits erwähnte gute Aussehen eines an Xanthoma glycosuricum Leidenden; er war von Kräften gekommen und wies nur einen geringen Panniculus adiposus auf. Sein Ausschlag erschien und verging innerhalb eines Zeitraumes von etwa 6 Monaten; seinen Höhepunkt erreichte er am Ende des ersten Monats; mit dem Verschwinden des Ausschlages zeigte sich auch keine Pentose mehr im Urin. Die Effloreseenzen wurden bis erbsengrofs, sie waren in die Haut eingebettet, scharf umgrenzt und von harter Konsistenz. Die kleineren Knoten hatte eine glatte, kegelförmige Form, während die Oberfläche der gröfseren uneben war; da, wo sie dichter standen, verschmolzen sie mit einander. Die Knoten zeigten ein deutliches gelbes Centrum und waren an der Peripherie blafs- bis lebhaft rot. Die eben frisch entstandenen Effloreseenzen waren ganz rot; durch Druck auf dieselben konnte jedoch ihre gelbe Mitte sichtbar gemacht werden.

P. C. Colombini giebt dabei an, sozusagen alle Protuberanzen hätten einem Haarfollikel entsprochen.

Das Exanthem zeigte sich zuerst an den Oberschenkeln und breitete sich aus über die Nates, die Lenden, den Rumpf und über die Arme, deren Streckseiten besonders betroffen wurden. Auf dem Gesicht und auf dem Haarboden waren die Knötchen sehr selten, die Schleimhäute waren frei; auf den Handtellern und Fufssohlen fanden sich nur kleine, vereinzelte Papeln. An den Oberschenkeln, an den Nates und am Rumpfe konfluierten die dicht nebeneinander stehenden Knötchen. Die Effloreseenzen verursachten dem Patienten Brennen und Jucken.

Hierher gehört auch ein Fall, der von Darier laut Kaposi, *Traduction avec notes et additions* par Besnier et Doyon vorgestellt wurde. Es betraf einen Mann mit glykosurischem Harne. Auf dem einen Ellenbogen hatte er einen nufsgrofsen Tumor (Plaque) und auf dem übrigen Körper, besonders auf den Streckseiten der Finger und auf den Knien Papeln; im Laufe der gegen den Zucker im Urin gerichteten Behandlung wurde auch diese Krankheit fast ganz geheilt.

Auch in diesen Rahmen gehört eine mündliche Mitteilung von Hillairet an Chambard in Kaposi, *Traduction avec notes et additions* par Besnier et Doyon. Ersterer hat nämlich einen Xanthomausschlag bei einer rheumatischen und glykosurischen Frau gesehen, welcher fast ganz verging, als diese Frau den luxuriösen Diners und dem Genufs von starken Weinen entsagte.

Von den in der Tabelle von Norman Walker in *The Brit. Journ. of Derm.*, Dezember 1897, erwähnten Fällen mit Knotenausschlag auf der

Körperhaut gehören die folgenden zu dem als Xanthoma glycosuricum bezeichneten Leiden:

Colcott Fox. *Westminster Hosp. Rep.*, Vol. III, 1887. Ein Mann mit Zucker im Harn litt an einem Ausschlag, der nach 5 Monaten wieder verschwand; es waren feste, gelbe Papeln mit roter, kongestiver Areola.

Malcom Morris. *The Brit. Journ. of Derm.*, 1892, p. 237. 27 Jahre alter Mann mit Zucker im Harn; specifisches Gewicht des letzteren 1035; der Knotenausschlag war zuerst rot und wurde dann gelb im Centrum der Efflorescenzen; diese letzteren verursachten Jucken und verschwanden nach einer Dauer von etwa 15 Monaten. Der Ausschlag befand sich auf den Extensorenflächen der Glieder und in der Leistengegend.

Crocker. *The Brit. Journ. of Derm.*, 1892, p. 253. 30 Jahre alter Mann; Zucker im Urin. Der Ausschlag betraf die Arme, besonders die Ellenbogen; dann das Gesäfs und die Knie. Die Knoten waren rötlich und die rote Färbung verdeckte das Gelb. Der Zucker verschwand aus dem Harn und der Ausschlag besserte sich; die Eruption bestand seit zwei Monaten.

Tims. *The Brit. Journ. of Derm.*, 1893, p. 335. 44 Jahre alter Mann mit zuckerhaltigem Urin. Die Knoten sind hart, gelbrötlich. Das Exanthem und der Zucker im Harn verschwanden während der Behandlung. Ein Knoten bestand seit 2 Jahren, der ganze Ausschlag seit 10 Wochen.

Pollitzer. *The Brit. Journ. of Derm.*, 1893, p. 368. 17 Jahre alter Mann mit stark zuckerhaltigem Urin; er hatte gelbe Knoten mit rotem Halo auf den Armen. Der Urin enthielt auch Aceton. Der Ausschlag bestand seit einem Monat.

Johnstone. *Journ. of cut. diseas.*, 1894. 57 Jahre alter Mann mit 8% Zucker im Harn. Exanthem auf den Ellenbogen, auf dem Gesäfs, auf den Beinen und Füfsen. Die Knoten waren zerstreut oder konfluierend. Die Farbe war rot, Konsistenz hart mit scharfer Umgrenzung. Bei einer Anzahl war die Spitze gelb-weifs.

Schamberg. *Journ. of cut. diseas.*, 1895, p. 202. 34 Jahre alter Mann, hatte 2% Zucker im Harn. Er hatte dunkelrote bis gelbrote Knoten auf der Haut. Ihre Konsistenz war eine feste. Der Ausschlag bestand seit 6 Wochen und ging während eines Aufenthaltes in Karlsbad stark zurück.

Als Xanthoma glycosuricum ist auch eine Erkrankung zu bezeichnen, die von E. Gans in *Therap. Monatsh.*, 1896, No. 1, publiziert wurde. Das Referat hierüber in *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1896, Bd. 23, p. 252, lautet: Bei einem 40jährigen Patienten, der wegen Diabetes zur Kur nach Karlsbad kam, konnte G. ein seit 6 Wochen bestehendes Hautexanthem konstatieren, das zuerst die Streckseite beider Kniegelenke,

dann die beiden Glutäal- und Lumbalgegenden, ferner die Streckseite beider Sprungbein-Unterschenkelgelenke und zuletzt die Streckseite beider Ellenbogengelenke befallen hatte. Aufserdem zeigten sich in der Gegend beider Scapulae, sowie am rechten Daumenballen und der Streckseite des rechten Zeige- und kleinen Fingers einzelne Eruptionen. Das Exanthem war im ganzen symmetrisch angeordnet, bei Berührung nicht schmerzhaft, aus rundlichen, scharf begrenzten, knötchenartigen, kirschroten Prominenzen bestehend, die etwa 3—4 mm das Hautniveau überragen, etwa 3 mm im Durchmesser haben, kein Jucken verursachen und beim Öffnen mit dem Messer helles Blut entleeren. Die Schnittfläche selbst war gelbrötlich gefärbt und machte den Eindruck, als ob das Gewebe des Knötchens aus Fett bestände, doch liefs sich kein Inhalt durch seitlichen Druck auspressen. Seit dem Auftreten des Exanthems klagt Patient über Schmerzen in der Gegend beider Kniegelenke und in den Fufssohlen, sowie über zeitweiliges Gefühl von Abgestorbensein in den Sohlen. Beim Gebrauch der Karlsbader Kur ging die Rückbildung des Exanthems vor sich.

Nach Besnier und Doyon gehören die folgenden in dem Buche Kaposi, *Traduction avec notes et additions* par Besnier et Doyon, citierten Fälle auch hierher.

Addison and Gull, 1851; sie sprechen in einem Aufsatz von einem vorübergehenden Xanthom bei einem 27 Jahre alten Schneider mit Zucker im Urin.

Bristowe. *Pathol. Transact.*, Vol. 17, 1866. Keloid of a rare form. Er erklärte es später als ein Xanthom. Er betraf einen glykosurischen Mann.

Die nun folgenden Fälle gehören wahrscheinlich nicht zum eigentlichen Xanthoma glycosuricum; da sie aber bis gegenwärtig von einigen Autoren hierher gerechnet wurden, so sollen sie hier auch citiert werden.

Es betrifft die folgenden Fälle:

Malcolm Morris. *Transact. of the Pathol. Soc. of L.*, 1883. Die Publikation heifst: A case of so called Xanthoma tuberosum. Es handelt sich um einen 48 Jahre alten Maurermeister, der Zucker im Harn hatte. Das Exanthem betraf besonders die Streckseiten der Arme, den Rücken in der Höhe der Schultern, das Gesäfs und einige Finger und dann die Schleimhaut des Mundes. Die Knoten sollen blafsrehfarben im Centrum gewesen sein und am Rande rot.

John Cavafy. In *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1889, Bd. 8, p. 168, berichtet er von einem Knötchenausschlag bei einem Postbeamten. Auffallend war hier, dafs Zucker zwei Jahre vor Auftreten des Ausschlages im Urin aufgetreten sein soll und nachher nicht mehr gefunden wurde. Dabei kamen und gingen die Knötchen in einem fort, ohne je ganz zu verschwinden; sie belästigten schliefslich den Mann so stark, dafs er

pensioniert werden mufste. JOHN CAVAFY sah den Kranken 5 Jahre nach dem ersten Auftreten der Protuberanzen. Der Patient sah ziemlich korpulent und blühend aus; er zeigte ein partielles Defluvium capillitii. Die Knoten traten mehr in der Form von Plaques auf und betrafen die Streckseite der Arme, besonders die Ellenbogen, Vorderarme, Handgelenke und die Handrücken; auch die unteren Extremitäten waren betroffen, so fanden sich Papeln auf den Knien, Fufsgelenken, zu beiden Seiten der Fersen und einzeln stehende waren über die Extremitäten zerstreut. Die auf dem rechten Knie befindlichen Efflorescenzen waren abgeblafst und schienen vergehen zu wollen. Nicht betroffen waren das Gesicht, die Kopfhaut, Rumpf, Nates, Handflächen und Fufssohlen. Die Knoten waren in der Haut lokalisiert und fühlten sich hart an; ihre Spitze war blafs orangegelb, die Basis mattrot, auch die direkt anstofsende Haut war etwas gerötet. Die Rötung verschwand auf Druck.

E. A. CHAUFFARD. KAPOSI, *Traduction avec notes et additions* par BESNIER et DOYON, 1891, p. 336. Die Knoten befanden sich in den Beugefalten der Haut, so unten am Hals, an der Beugeseite der Ellenbogen, in der Achselhöhle, in der Inguinalgegend, an der Unterfläche des Penis, in den Anusfalten und in den Kniekehlen. Auch auf der Commissura palpebrae sinistrae zeigte sich ein Knötchen. Dabei waren die Protuberanzen blafs, butterfarben und weich anzufühlen. Der Urin war zuckerfrei.

THOMAS BARLOW. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, 1888, p. 1172. Es betraf einen 26 Jahre alten Patienten mit Zucker im Urin. Am Rumpfe, und zwar hauptsächlich zu beiden Seiten des Sternums, befanden sich Papeln und Knötchen in der Haut. Einzelne derselben hatten die Gröfse einer halben Erbse, doch gab es auch gröfsere bis zum Durchmesser von einem Drittelzoll. Die Hautfarbe an den betroffenen Stellen war die gleiche wie die der übrigen Haut.

JAMIESON. *The Brit. Journ. of Derm.*, 1894, p. 289. 55 Jahre alter Mann; specifisches Gewicht des Urins 1010; derselbe enthält eine geringe Menge Zucker. Betroffen sind die Vorderarme, Schultern und etwas auch der Rumpf; Farbe der Knötchen rötlich oder rötlich braun; nicht deutlich gelb. Starkes Jucken. Dauer des Ausschlages seit zwei bis drei Jahren.

DARIER. *St. Louis Atlas of skin diseas.*, Part. II. 27 Jahre alter Mann; 1% Zucker im Harn; specifisches Gewicht 1033. Der Ausschlag betrifft den Stamm, den Nacken und das Gesicht, dann die Leisten, die Schenkel, die Füfse, die Ellenbogen und die Hände. Auf den Handflächen, Ellenbogen, im Gesicht sind grofse Flecken. Am Stamm sind die Knoten citronenfarben, an den Ellenbogen rot.

Der Ausschlag dauerte etwa 6 Jahre und verschwand dann fast vollständig. Der Kranke starb an Diabetes.

Es ist möglich, dafs diese dem eigentlichen Xanthoma glycosuricum nicht entsprechenden Fälle später zu einer eigenen Gruppe vereinigt werden.

Was den in der Klinik von Herrn Dr. UNNA beobachteten Fall von Xanthoma glycosuricum anbelangt, so betrifft es einen 34 Jahre alten Bäckermeister.

Sein Vater soll bis zu seinem 35. Jahre gesund gewesen und dann einem Anfall von Pocken erlegen sein; die Mutter starb, 60 Jahre alt, an einer Bauchfellentzündung; vorher war sie angeblich magenleidend gewesen.

Zwei Schwestern und ein Bruder des Kranken leben und sind gesund.

Der Patient selber ist verheiratet und hat zwei Kinder; das jüngste ist 3 Jahre alt. Als vierjähriges Kind machte der Kranke eine Lungenentzündung durch. Während seines Militärdienstes soll er an einer Leistendrüsenentzündung gelitten haben. Sonst will er bis zu seiner gegenwärtigen Erkrankung stets gesund gewesen sein.

Das Leiden, das ihn in die Klinik geführt hat, begann vor zwei Jahren und machte sich auf der Beugeseite der Vorderarme zuerst bemerkbar. Wie sich der Kranke ausdrückt, wuchsen ihm Knoten mit gelben Spitzen aus der Haut heraus; fast gleichzeitig traten auch Efflorescenzen auf dem Nacken auf; später zeigten sie sich am Gesäfs, an den Knien und sonst am Rumpfe. Überall erschienen sie einzeln, verschmolzen jedoch da, wo sie ganz dicht standen, zu Knotenscheiben oder Plaques. Beschwerden machten diese Protuberanzen erst seit drei Monaten; sie sind sehr druckempfindlich und stören daher, weil Patient darauf liegen mufs, die Nachtruhe. In der letzten Zeit sollen die Knoten gleich beim Erscheinen spontan wehgethan haben; wie sich der Kranke äufsert, verursacht ihm das Durchbrechen der Knoten durch die Haut Schmerzen.

Die Körperkräfte sollen nicht abgenommen haben, ebenso wenig die virile Potenz, dagegen hat die Hartnäckigkeit des Ausschlages seine Stimmung etwas getrübt.

Mit dem Erscheinen des Exanthems soll ein starkes Durstgefühl aufgetreten sein, das noch andauert.

Appetit und Verdauung waren immer gut. Der Kranke hat eine besondere Vorliebe für Brot und afs gröfsere Quantitäten davon zu jeder Mahlzeit.

Der Anblick des entkleideten Patienten ist ein ungewohnter. Auf verschiedenen, weiter unten genauer definierten Stellen der Körperhaut finden sich einzeln stehende oder zu Plaques konfluierte, scharf begrenzte Knoten, die in die Haut eingebettet sind. Die einzeln stehenden Knoten zeigen eine gelbe Spitze und einen lebhaft roten Rand. Die Plaques zeigen

mehrere kleine gelbe Hervorragungen in unregelmäßiger Anordnung, getrennt durch kleine Thäler mit rotem Grund; diese trennenden Furchen sind verschieden breit; das Ganze sitzt scharf begrenzt in der Haut und hat eine rote Randpartie. Die Knotenscheiben ragen bis zu 5 und 6 mm über die Haut hervor. Zwischen der Höhe dieser Plaques und den erst im Hautniveau im Entstehen begriffenen Knötchen finden sich alle möglichen Übergänge.

Von einem Zusammenhang der Hervorragungen mit den Haarfollikeln ist nichts zu bemerken.

Die Knoten gehen nicht tiefer als die Haut und sind mit ihr verschieblich.

Unter dem Diaskop zeigen die Protuberanzen einen blassen, hellgelben Fleck, in der Mitte umgeben von einem bräunlich-grauen Rande, welch letzterer in nicht komprimiertem Zustande die hyperämische Einfassung des gelben Centrums bildet. Die größeren Efflorescenzen zeigen mehrere hellgelbe Flecke unter dem Diaskop, getrennt durch verschieden breite, bräunlich-graue Streifen. Unter den kleinen, eben über die Haut hervorragenden Knötchen giebt es einige, die ganz rot sind; vermittelst des Diaskopes gelingt es auch hier, die gelbe Färbung der Mitte sichtbar zu machen. Dagegen giebt es kleinste Knötchen, über welche die Hornschicht ohne andere Färbung glatt hinweg geht, bei welchen auch durch Anwendung des Diaskopes kein gelber Fleck zu konstatieren ist. Diese Knötchen sind sehr druckempfindlich und gehören entschieden zu den bereits beschriebenen, denn der Patient hat genau beobachtet, daß sich aus solchen Verhärtungen nachher Knoten bilden mit gelber Mitte und rotem Rand.

Die einzeln stehenden Erhebungen sind hirsekorn- bis erbsengroß; die Plaques oder Knotenscheiben variieren zwischen der Größe eines Fünfpfennigstückes und der eines Markstückes.

Ihre Konsistenz ist eine feste, derbe.

Die Verteilung der Knoten ist die folgende:

Frei von solchen sind die Augenlider, das Gesicht überhaupt mit der Schleimhaut der Mundhöhle, ebenso der Haarboden, die vordere Partie des Halses, die Brust und die Genitalien. Hauptsächlich betroffen sind die Streckseiten der Extremitäten, d. h. die Ellenbogen, die Ulnargegend und die Vorderfläche der Knie; dann ist auch das Gesäß mit Knoten besetzt, welche sich nach oben auf die Lendengegend und nach unten etwas über die hintere Fläche der Oberschenkel ausbreiten. Auf den Ellenbogen, auf den Ulnargegenden, am Gesäß und auf den Knien finden wir auch die Plaques; auf den Knien sind sie besonders groß und in der Mitte etwas vertieft. Über den übrigen Körper zerstreut finden sich einzeln stehende Knoten und Knötchen. Eine Gruppe der letzteren befindet sich

auf dem Nacken; auf der rechten Schulter ist ein Knötchen und auf der linken sind zwei. Die oberen Hälften der Oberarme sind frei, auf den unteren sind verschiedene kleine Papeln. Auf der Beugeseite der Ellenbogen und der Vorderarme sind auch einige mittelgrofse Efflorescenzen. Auf der Beugeseite des rechten Vorderarmes sind dazu noch mehrere Narben zu sehen, Residuen weggeätzter Knoten. Die Handgelenke sind mehr auf der Streckseite betroffen.

Linke Hand. Auf der Ulnargrenze des Daumenballens sind mehrere Knoten, die wenig über die Haut hervorragen. In der Hohlhand sitzen mehrere Efflorescenzen gegen die Ansätze des 2., 3. und 4. Fingers hin; die Beugefurchen der Handfläche sind frei. Auf der Radialseite des zweiten Metacarpalknochens sind einige Knötchen, über welche die Hornschicht glatt hinweggeht; ein solches findet sich auch in der Haut der Beugeseite auf dem 1. Phalangealknochen des Zeigefingers. Auf dem Handrücken sind drei Narben von weggeätzten Knoten und in der Dorsalgegend des Metacarpophalangealgelenkes des Mittelfingers sind vier kleine, schmerzhafte Verhärtungen in der Haut, über welche die Hornschicht glatt hinwegzieht.

Rechte Hand. Hier ist auf dem Daumenballen ebenfalls eine Gruppe von Knoten, die wenig über die Haut hervorragen. Auf der Beugeseite finden sich auf der Gegend der 2. Phalange des Mittelfingers drei kleine nicht hervorragende Knoten. In der Nähe des Gelenkes zwischen 2. und 3. Phalanx des 4. Fingers ist ein kleiner Knoten und drei befinden sich auf der Ulnarseite der Endphalange des 4. Fingers.

Auf dem linken Schulterblatt ist eine und auf dem rechten sind drei kleine Efflorescenzen. Auf dem Bauche, besonders um den Nabel herum, sind auch einige kleine Knötchen, dann auf der Hinterseite beider Oberschenkel und auf der Vorderseite des rechten. Etwa 5 Finger breit über dem Malleolus externus dexter findet sich ein gröfserer Knoten, sonst sind die Unterschenkel frei.

Auf dem linken Fersenballen sind besonders auf der inneren und auf der hinteren Seite mehrere ganz niedere Verhärtungen zu finden; ähnliches findet sich auf dem rechten Fersenballen, nur dafs dort die Knötchen etwas gröfser sind. Die Fufssohlen sind frei.

Der Kranke selbst ist ein grofser, fest gebauter Mann, von gutem Knochenbau und entwickelter Muskulatur; er ist ziemlich korpulent.

Das Allgemeinbefinden, Appetit und Verdauung sind gut. Das Körpergewicht beträgt 88 kg. Die Körperhaltung ist gerade. Die Haut ist weifs, nirgends ikterische Färbung; die Wangen sind von gesunder Rötung. Keine Ödeme. Temperatur 36.6° C., Puls etwas beschleunigt (80—90 Schläge in der Minute); er ist regelmäfsig, voll. Die Körperkraft ist normal, ebenso der Visus.

Auf der Mitte des Kopfes sind die Haare ziemlich spärlich. Das Gebifs ist in gutem Zustande. Die Zunge ist nicht belegt und feucht. Finger- und Zehennägel zeigen nichts Abnormes.

An den Organen der Brust und des Bauches ist keine pathologische Veränderung nachzuweisen. Kein Pruritus pudendi, keine Furunkulose. Neuralgische Schmerzen werden in Abrede gestellt. Die Patellarreflexe sind normal.

Urin. Tägliches Quantum ungefähr zwei Liter. 6,5% Traubenzucker. Leichte Eiweifstrübung. Kein Gallenfarbstoff. Farbe klar, hellgelb. Normaler Geruch. Geringes Sediment. Reaktion sauer.

Die mikroskopische Untersuchung des Sedimentes ergab: Spärliche Plattenepithelien. Keine Nierencylinder. Einige Krystalle von oxalsaurem Kalk.

Nach einem Aufenthalt von 14 Tagen trat Patient aus der Klinik aus. Das Allgemeinbefinden war recht gut. Die Knoten waren an ihren Rändern nur mehr ganz schwach rot gefärbt; dafür trat die gelbliche Färbung um so deutlicher hervor. Die Knoten waren auch niederer geworden; neue waren keine mehr aufgetreten. Die Druckempfindlichkeit war geschwunden, so dafs Patient nachts wieder ruhig schlafen konnte.

Im Urin fanden sich noch 5,4% Zucker; die Eiweifstrübung war fast vollständig geschwunden.

Dieser Fall von Xanthoma glycosuricum und die citierten, schon vorher veröffentlichten Fälle dieser Krankheit lassen folgende Schlufsfolgerungen über das Verhalten dieses Leidens ziehen.

Das Xanthoma glycosuricum kommt meist im mittleren Lebensalter vor.

Es betrifft gewöhnlich korpulente, sich gesund fühlende Menschen.

Die Patienten haben immer Zucker (Traubenzucker oder Pentose) im Urin.

Meist werden Männer, seltener Frauen betroffen.

Ikterus steht in keiner Beziehung zu dieser Krankheit.

Der Ausschlag entsteht rasch und vergeht wieder; er kann Monate und Jahre zum Verschwinden brauchen.

Die Protuberanzen des Xanthoma glycosuricum sind derbe, feste Knoten, die scharf begrenzt und in die Haut eingebettet sind. Dieselben sind gelb an der Spitze und haben einen hyperämischen, roten Rand.

Die kleinen, eben entstehenden Efflorescenzen können ganz rot sein, dann kann aber die gelbe Färbung der Mitte durch das Diaskop sichtbar gemacht werden.

Die rote Randfärbung ist am ausgeprägtesten bei einem frischen Exanthem; später blafst dieselbe ab.

Die Eruption befällt mit Vorliebe die Extremitäten, und zwar meist deren Streckseiten (Ellenbogen, Ulnargegend, Knie) und dann das Gesäfs und auch den Nacken.

Die Augenlider sind von dieser Affektion frei; ebenso die Furchen an den Handflächen und Fufssohlen sowie die Beugen des Körpers, so unten am Hals, Axillae, Ellenbogenbeugen u. s. w.

Die Genitalien werden auch nie betroffen.

Da, wo die Knoten dicht beisammen stehen, verschmelzen sie zu Knotenscheiben, besonders an den Ellenbogen, an den Knien und am Gesäfs.

Die Knoten sind hirsekorn- bis erbsengrofs; die Plaques etwa von Fünfpfennigstück- bis zu Markstückgröfse.

Die Efflorescenzen des Xanthoma glycosuricum sind nicht an die Existenz eines Haarfollikels gebunden, wie ihre exquisite Ausbildung auf der Palma und Planta beweist. Die bisherigen Angaben über follikuläre Natur derselben entbehren der histologischen Begründung und unterliegen daher im allgemeinen berechtigten Zweifeln. In unserem Falle ist weder klinisch noch histologisch ein Zusammenhang mit Haarfollikeln nachzuweisen.

Die Prognose des Xanthoma glycosuricum ist im allgemeinen günstig, doch besteht Neigung zu Recidiven.

Mit dem Verschwinden des Zuckers aus dem Urin geht meist auch das Abnehmen des Xanthoma glycosuricum Hand in Hand.

Dies sind die Folgerungen, die sich aus der Zusammenstellung der beim Xanthoma glycosuricum beobachteten Thatsachen ergeben.

Zum Schlusse sei dem Verfasser noch gestattet, an dieser Stelle Herrn Dr. Unna für die freundliche Zuvorkommenheit, die er demselben während des Zustandekommens dieser Arbeit bewiesen hat, seinen besten Dank auszusprechen.

Aus dem Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-St. Georg.
Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten. Oberarzt Dr. Engel-Reimers.

Über die Beziehungen der Glykosurie und des Diabetes mellitus zur Syphilis.

Von

Dr. med. C. Manchot.

I. Historischer Teil.

In der älteren Litteratur über den Diabetes mellitus ist vielfach auf das gemeinsame Vorkommen, auf die Koincidenz von Syphilis und Zuckerharnruhr hingewiesen. Über die Beziehungen zwischen beiden Krankheiten sind die Ansichten geteilt. Nach den einen soll es sich nur um ein mehr oder weniger zufälliges Zusammentreffen der beiden häufigen Krankheiten bei demselben Individuum handeln. Der gewichtigste Vertreter dieser Ansicht ist Cantani: Die Syphilis scheine in keinem seiner Fälle den Ausbruch des Diabetes veranlafst zu haben. Bisweilen sei sie vorhergegangen, doch sei sie gewöhnlich schon geheilt gewesen; in anderen Fällen sei sie gleich nach dem Auftreten des Diabetes verschwunden. In sechs von ihm beobachteten Fällen (S. 224) sei die konstitutionelle Syphilis während des Diabetes stehen geblieben, obwohl sie in voller Entwickelung war, als die Zuckerruhr sich einstellte. Andererseits habe er so viel Fälle von Hirn- und Leber-Lues ohne Diabetes beobachtet, dafs er an eine Beziehung zwischen diesen beiden Krankheiten nicht glauben könne.

Während also nach Cantani die Syphilis durch einen hinzutretenden Diabetes schwinden oder latent werden soll, behauptet Mauriac umgekehrt, dafs sie während ihres Bestehens einen bereits vorhandenen Diabetes zum Schwinden zu bringen vermöge. „Einige Beobachter haben das Hauptsymptom des Diabetes, den Zuckergehalt des Urins, während der ganzen Dauer der manifesten Syphilis schwinden sehen. Nach Heilung der Syphilis kehrte der Zucker im Harn wieder."

Einen etwas anderen Standpunkt nimmt A. Fournier ein. Er giebt zwar theoretisch die Möglichkeit eines auf Syphilis beruhenden Diabetes zu, betont aber ausdrücklich, dafs er dergleichen nie gesehen habe. In seinem Buche über die Gehirnsyphilis schreibt er: Das Auftreten des Diabetes in einer Gruppe von anderen auf (syphilitischer) Gehirnläsion beruhenden Funktionsstörungen würde nichts Auffallendes haben Dennoch sind dies Symptome, die jedenfalls ganz aufsergewöhnlich sind. Ich bin

weit davon entfernt, ihr durch mehrere präcise Beobachtungen erwiesenes Vorkommen zu bestreiten (Leudet, Lancereaux, Servantie); ich wundere mich sogar, dafs sie nicht häufiger unter den Folgezuständen der Gehirnsyphilis figurieren. Aber ich kann nicht umhin, eine Thatsache festzustellen, nämlich die, dafs ich sie bis heute bei meinen Kranken in keinem Falle gefunden habe.

Auch in den *Leçons cliniques sur la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme.* 2me édition, Paris 1881, p. 693, hebt er bei Erwähnung der im Sekundärstadium der Syphilis vorkommenden Boulimie und Polydipsie ausdrücklich hervor, dafs er bei diesen Zuständen niemals Zucker im Urin gefunden habe.

Von einigen Autoren wurde behauptet, dafs die Glykosurie der Syphilitischen nicht durch die Lues als solche, sondern durch die Quecksilberbehandlung derselben hervorgerufen sei. Man berief sich auf Tierexperimente von Saikowsky und v. Mering, welche bei Kaninchen durch hohe Dosen von Quecksilberchlorid vorübergehende toxische Glykosurie hatten entstehen sehen. So hat Chevallier thatsächlich behauptet, Diabetes mellitus infolge von Merkurbehandlung beobachtet zu haben. (Vergl. Lang: *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.* S. 433 ff.) Doch haben Lewin, v. Frerichs, Kussmaul, Lang, Reumont u. a. bei den üblichen Gaben der Quecksilberbehandlung nie Zucker im Harn gefunden.

Von anderer Seite ist dagegen schon vor langen Jahren und immer wieder behauptet worden, die Syphilis könne unter gewissen Umständen Zuckerharnruhr hervorrufen. Als Kuriosum sei hier vorweg die Ansicht Schnees kurz erwähnt, welcher den Diabetes durchweg auf Erbsyphilis zurückführen und von 74 Zuckerkranken durch Merkurialkur 53 geheilt und 10 gebessert haben will. Ernst zu nehmende Forscher dagegen fanden zuerst in dem berühmten Zuckerstich Claude Bernards die theoretische Grundlage ihrer Vermutung, dafs der Diabetes durch Syphilis verursacht sein könne. Nachdem bekannt war, dafs durch die Verletzung einer bestimmten Stelle am Boden des vierten Ventrikels Glykosurie hervorgerufen werden könne, lag die Möglichkeit vor Augen, dafs auch die durch die Syphilis bedingten Herderkrankungen des Gehirns, seien es nun Gummen oder endarteritische Erweichungsherde, bei bestimmter Lokalisation Glykosurie hervorrufen können. Dickinson drückt diese Vermutung mit einiger Reserve aus: Die Syphilis scheine in einigen Fällen nicht blos eine zufällige Komplikation der Krankheit gewesen zu sein. Syphilitische Veränderungen im Innern des Schädels könnten unzweifelhaft Ursache der Zuckerharnruhr sein. Schärfer fafst Lancereaux die klinischen Erfahrungen zusammen. Nach ihm führen syphilitische Läsionen der Medulla oblongata, besonders wenn der Boden des vierten Ventrikels betroffen ist,

zu Polyurie. Dieselbe ist bald einfach (Diabetes insipidus), wie in einem Falle von PERROUD und in einem von LANCEREAUX, bald mit Glykosurie verbunden (Diabetes mellitus), wie LEUDET, JAKSCH und DUB gefunden haben. Auf die kurzen kasuistischen Mitteilungen von JAKSCH und DUB kommen wir noch zurück. Die erste klinisch genau verfolgte und durch die Sektion vervollständigte Beobachtung ist wohl der Fall Taupin von LEUDET, den SERVANTIE später der Vergessenheit entrissen hat. Nach ihm betont v. FRERICHS hauptsächlich mit Nachdruck, dafs die Gehirnsyphilis zuweilen zum Diabetes führe. Von den vier klinischen Beobachtungen, die er mitteilt, wurde bei zweien durch die Autopsie die Gehirnsyphilis bestätigt. Dazu kommt noch ein kurz mitgeteilter Fall von SEEGEN (Fall 124), bei dem der Diabetes wahrscheinlich auf Gehirnsyphilis beruhte, sowie eine Beobachtung REZEKS, der bei einem Fall von Gehirnsyphilis im Koma vorübergehend Zucker fand.

Bei all diesen Beobachtungen spielt die Syphilis nur die Rolle eines indirekten ätiologischen Momentes; nicht die Syphilis an sich, sondern die durch sie gesetzten lokalen Hirnläsionen waren als Ursache der Glykosurie anzusehen, die in gleicher Weise wie andersartige Tumoren oder Erweichungen an gleicher Stelle Zucker im Harn hervorriefen.

Von französischen Autoren zuerst wurde dagegen behauptet, dafs die Syphilis auch die direkte Ursache des Diabetes werden könne, oder, wie LECORCHÉ sich vorsichtiger ausdrückt: Die Syphilis kann, auch wenn sie keine cerebralen Tumoren setzt, Ursache des Diabetes sein. Er beruft sich dabei auf ältere Beobachtungen von SCOTT, P. und J. FRANK, SEEGEN, VAN HOVEN und JAKSCH, sowie auf eigene Beobachtungen. Bestimmter noch spricht sich JULLIEN aus: Il n'est guère permis de contester aujourdhui l'existence d'une glycosurie syphilitique précoce, essentielle, c'est-à-dire indépendante des lésions nerveuses qui à une période avancée de l'infection peuvent amener secondairement le sucre dans les urines. Doch verfügt JULLIEN nicht über eigene Beobachtungen, wie aus der genauen Lektüre des Originals hervorgeht.

Die angeblichen Fälle JULLIENS, deren Mangel an Ausführlichkeit W. SCHULTE beklagt und die auch NAUNYN nach SCHULTE citiert, sind weiter nichts als kurzgehaltene Referate über die Beobachtungen DUBS, SEEGENS und SERVANTIES, die als Autoren ausdrücklich genannt werden.

Von deutschen Autoren dieser Zeit hat besonders JAKSCH darauf aufmerksam gemacht, dafs der Diabetes mellitus ein Folgezustand der Syphilis sein könne, auch wenn alle Hirnsymptome fehlen, und durch Merkurgebrauch geheilt werden könne. JAKSCH hat, wie DUB ausdrücklich bemerkt, den einen der Fälle DUBS gekannt. Dann finde ich noch bei EICHHORST besonders hervorgehoben, dafs die Syphilis zuweilen auch ohne

syphilitische Erweichungen im Centralnervensystem die Ursache der Zuckerharnruhr werde.

Bei diesem Stande der Dinge war es unbedingt nötig, die abweichenden Ansichten der Autoren einmal an der Hand des thatsächlich in der Litteratur niedergelegten klinischen Materials zu prüfen und die berichteten Einzelbeobachtungen auf ihre Zuverlässigkeit und Beweiskraft hin kritisch zu untersuchen. Auf LEYDENS Anregung hin unterzog sich SCHEINMANN dieser verdienstvollen Aufgabe. Das Resultat war überraschend dürftig. Trotz aller Mühe und Sorgfalt konnte SCHEINMANN nur neun Fälle auftreiben, denen er einen zehnten eigener Beobachtung hinzufügte. Von diesen zehn Fällen ist der achte, der einer Inaugural-Dissertation von C. BASSIN entstammt, von vorneherein als nicht hierhergehörig auszuschalten, wie auch NAUNYN hervorhebt. SCHEINMANN, der ihn selbst als zweifelhaft bezeichnet, hat ihn offenbar nur der Autorität v. FRERICHS zuliebe gelten lassen, unter dessen Ägide BASSINS Arbeit entstand. Doch hat v. FRERICHS selbst diesen Fall unter seine Beobachtungen von syphilitischem Diabetes nicht aufgenommen.

Es handelt sich um einen Diabetiker, der an einer hochfieberhaften Gehirnhautentzündung im Sopor zu Grunde ging. Syphilisinfektion geleugnet. Doch stellte BASSIN die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf syphilitische Meningitis, „weil fast alle Drüsen geschwollen waren"! Die spezifische Behandlung mufste aufgegeben werden, weil sie zu einer akuten Verschlimmerung führte. Bei der Autopsie fand sich eine eitrige Cerebrospinal-Meningitis, daneben chronische Ependymitis auf dem Boden des vierten Ventrikels.

Wie steht es mit der Beweiskraft der übrigen neun Fälle von DUB, HALLA, SEEGEN (zwei Fälle), LEUDET, SERVANTIE, RITTER, v. FRERICHS und SCHEINMANN? Für den Nachweis, dafs die Syphilis die Ursache eines vorhandenen Diabetes ist, mufs festgestellt sein,

1. dafs die syphilitische Infektion sicher vor Beginn des Diabetes erfolgt und dafs der Diabetes gleichzeitig mit oder im Gefolge von sicheren Zeichen manifester Syphilis auftritt;
2. dafs unter einer spezifischen antisyphilitischen Behandlung gleich den übrigen syphilitischen Symptomen auch der syphilitische Diabetes verschwindet.

In wirklich beweisenden Fällen darf dabei keine antidiabetische Diät eingehalten werden, da in leichten Fällen der Zucker durch dieselbe schon allein schnell schwindet. Oder es mufs zuvor der Nachweis gebracht sein, dafs die antidiabetische Therapie für sich allein nicht im stande war, die Zuckerruhr erfolgreich zu bekämpfen.

Allerdings wird die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Behandlung allein die ätiologische Bedeutung der Syphilis nicht unter allen Umständen widerlegen. Wir wissen, dafs die Syphilis ja auch sonst Krankheiten,

wie z. B. die Tabes, zur Folge hat, die durch eine antisyphilitische Behandlung nicht mehr rückgängig gemacht werden können.

Bei der Tabes kann der Nachweis des Zusammenhanges mit der Syphilis durch die gehäuften statistischen Daten erbracht werden. Die spärlichen Beobachtungen des nicht mehr spezifisch heilbaren syphilitischen Diabetes werden dagegen nur dann beweisend sein, wenn der pathologisch-anatomische Nachweis spezifisch syphilitischer Läsionen in den Organen erbracht ist, die mit der Entstehung des Diabetes überhaupt in Zusammenhang gebracht werden.

An dem Maßstabe dieser Forderungen gemessen bleibt von dem gesammelten Material wenig beweisendes übrig. SCHEINMANN selbst bezeichnet als vollkommen einwandsfrei nur die sorgfältige Beobachtung von LEUDET, die ich auch hier als klares Beispiel des durch Gehirnsyphilis hervorgerufenen Diabetes mellitus im Auszuge mitteile.

Héloïse Taupin, 32 Jahre alt.

In der Jugend gesund. Syphilitische Infektion geleugnet. Vor 4 Jahren Anschwellung der Nase mit eitrigem Ausfluß, angeblich infolge eines Trauma. In der Folge sinkt der Nasenrücken sattelförmig ein.

Patientin hat 4 mal geboren, davon 2 mal Zwillinge. Ob die Kinder leben, ist nicht angegeben.

Im 6. Monat der letzten Schwangerschaft (jetzt vor ca. 7 Monaten) plötzliche Erblindung des linken Auges. Seitdem Kopfschmerzen.

Seit Ende der Schwangerschaft Polyurie und Polydipsie.

Status praesens am 28. V. 1856. Bei der Aufnahme fast vollständige Bewußtlosigkeit.

Am 29. V. soweit klar, daß Aufnahme der Anamnese möglich.

Sattelnase. Linksseitige Ptosis, Lidschluß normal. Linkes Auge nach außen abgewichen. Lähmung des Internus, Parese des Rectus superior. Erweiterung und Unbeweglichkeit der linken Pupille. Erbsengroßer, noch nicht ulcerierter Herd in der linken Cornea.

Herabgesetzte Sensibilität der linken Conjunctiva und der Schleimhaut der linken Nasenhälfte. Anästhesie der linken Stirnhälfte, der linken Wange, der linken Hälfte der Lippen und der linken Zungenhälfte, linksseitige Geschmackslähmung. Hochgradige Herabsetzung des Sehvermögens.

Keine Exostosen, keine Schmerzhaftigkeit des Schädeldaches und der langen Knochen.

Trinkt 8—10 l Flüssigkeit im Tage.

Im Urin Zucker (Liqueur de Barreswil und Kalilaugenprobe).

Behandlung: Jodkalium.

20. VI. Harn zuckerfrei. Polydipsie geschwunden.

Die Sensibilität der linken Gesichtshälfte, der linken Conjunctiva und des linken Nasenlochs ist wiedergekehrt.

Linke Zungenhälfte noch anästhetisch; Augenbefund nicht wesentlich verändert.

23. VI. entlassen.

1856 vom 14. VII. bis 19. VIII. zum zweiten Male im Krankenhaus. Status unverändert. Perforation der linken Cornea mit nachfolgender Atrophie des Bulbus.

1856. 27. XII. bis 1857. 24. I. zum dritten Mal im Krankenhaus.

Sensorium benommen, klagt über Sehschwäche auf dem rechten Auge. Linkes Auge atrophiert.

Keine Augenmuskellähmungen rechts. Anästhesie der linken Wange, der linksseitigen Wangenschleimhaut und der linken Zungenhälfte.

Therapie: Traitement mixte.

30. XII. Komatöser Zustand.

1. I. 1857. Wiederkehr des Bewufstseins. T. erkennt ihre Umgebung, kann etwas auf dem rechten Auge sehen. Stomatitis mercurialis.

Keine Steigerung des Durstes. Urin enthält weder Eiweifs noch Zucker.

13. I. Vorübergehende Keratitis des rechten Auges.

24. I. entlassen. Sensorium klar. Bleibende Sehschwäche auf dem rechten Auge.

1857—1860 ist über das Befinden T.s nichts bekannt.

1860. 11. IX. bis 16. X. zum 4. Male im Krankenhaus.

Hochgradige Schwäche. Sehvermögen rechts sehr schwach. Anästhesie der ganzen rechten Gesichtshälfte, der linksseitigen Wangenschleimhaut und der linken Zungenhälfte. Zunge nach links abgewichen. Keine Lähmung der Extremitäten. Appetitlosigkeit. Erbrechen.

Polydipsie (4—5 l.), Polyurie.

Urin: spezifisches Gewicht fast 1000, enthält keine Spur Zucker. Diarrhöen. Lungentuberkulose.

16. X. 1860. Exitus.

17. X. Autopsie: Keine Hautnarben. Schädeldach ohne Besonderheit. Sattelnase. Nasenhöhle nicht seziert, weil die Leiche reklamiert wurde. Meningen [der Konvexität normal.

An der Basis sind Pia und Arachnoidea der Gehirnsubstanz adhärent, weifslich getrübt, besonders um das Chiasma der Nervi optici herum.

Im IV. Ventrikel sind die Plexus choroides am linken Rande des Calamus scriptorius adhärent. Die Gehirnsubstanz sieht an dieser Stelle wie erodiert aus und ist in den oberflächlichen Schichten erweicht, besonders im Niveau der linksseitigen Striae acusticae. — Olfactorii intakt.

An der linken Hälfte des Chiasma halb linsengrofse weiche Masse, die dem Meningealüberzug angehört und mit der Oberfläche der Nerven selbst nur leicht verwachsen ist.

Graue Atrophie des linken Nervus opticus und des linken Nervus trigeminus. Das Ganglion Gasseri ist weifs anstatt grau (Kompression durch eine Exostose).

Pons und Medulla normal, mit Ausnahme des Bodens des IV. Ventrikels (s. oben).

Anormale Adhärenz der Meningen an der rechten Hälfte der Gehirnbasis. Die Gehirnnerven dieser Seite normal.

Lungentuberkulose. (Tuberkulöse) Geschwüre im Dünndarm, Coecum und Colon.

Hepar lobatum syphiliticum. Nieren etwas atrophisch. Oberfläche glatt, von Narben durchzogen.

Auch gegen den Fall CYONS aus der FRERICHSschen Klinik läfst sich nach SCHEINMANN ein erheblicher Einwand nicht machen und wir schliefsen uns dieser Ansicht an.

v. FRERICHS hat diesen Fall in seinem Buche über den Diabetes ausführlich noch einmal publiziert (S. 231, Fall Lips), so dafs die Einzelheiten dort nachgesehen werden können. Ich möchte hier nur noch auf

einen Punkt des Sektionsprotokolles aufmerksam machen, den SCHEINMANN und NAUNYN nicht betonen. Abgesehen von der gummösen Meningitis hat der Obducent (v. RECKLINGHAUSEN) notiert, dafs abwärts von den etwas verstrichenen Striis acusticis, beiderseits ungefähr 2‴ von der Mittellinie entfernt eine durchscheinende weiche Stelle von leicht geröteter Färbung liege. Die Läsion dieser Stelle ist für das Zustandekommen des Diabetes aber gerade besonders wichtig und entspricht aufserdem fast vollkommen dem Befunde im Fall LEUDET.

Der Fall aus HALLAS Klinik, den DUB mitteilt, betrifft ein 20jähriges Mädchen, das neben ausgesprochenen Zeichen konstitutioneller Syphilis (Rachengeschwüre, Tophi, Psoriasis), einerseits an einem ziemlich hochgradigen Diabetes mellitus, andererseits an einer Lähmung des linken Trochlearis und Facialis litt. Eine eingreifende Jodkur brachte die Lähmungen und die Tophen bis auf geringe Spuren, vollständig aber den Diabetes zum Schwinden.

Im Falle 124 von SEEGEN handelt es sich um einen 45jährigen Herrn, der nach häufig recidivierender Syphilis in den letzten Jahren an Kopfschmerz und nächtlichen Schwindelanfällen litt. Linksseitige Hemiparese. Tophus der Tibia und ulceröses Syphilid des rechten Unterschenkels; Diabetes mellitus seit 1 Jahr. Die Summe der Erscheinungen wurde als konstitutionelle Syphilis aufgefafst, Jodkalium mit Bromkalium und Eisen verabreicht, worauf alle Krankheitserscheinungen sich besserten und der Zucker aus dem Harn verschwand.

In den beiden letzten Fällen ist also der auf Gehirnsyphilis beruhende Diabetes durch eine antisyphilitische Behandlung zum Schwinden gebracht. Allerdings ist in beiden Fällen über die Diät nichts angegeben.

So kommt also SCHEINMANN zu dem Schlusse, dafs es sicher einen Diabetes mellitus syphiliticus bei gleichzeitiger Hirnsyphilis gebe, der durch eine antisyphilitische Kur geheilt werden kann.

Von den übrig bleibenden fünf Fällen, die insgesamt die Kombination des Diabetes mit Syphilis ohne Beteiligung des Centralnervensystems aufweisen, handelt es sich bei zweien offenbar nur um ein zufälliges Nebeneinanderbestehen der beiden hier selbständigen Krankheiten. Sie markieren sich von vorne herein dadurch, dafs die antisyphilitische Behandlung bei ihnen den Diabetes ganz unbeeinflufst läfst, während sie die syphilitischen Symptome zum Schwinden bringt.

Es sind dies der Fall 134 von SEEGEN und der Fall SCHEINMANN.

SEEGEN, S. 443.

B., 47 Jahre. Vom 20.—40. Jahre Excesse in venere et in baccho; sehr nervös. Seit einem heftigen Gewitter vor Jahren Anfälle von Angst und Beklemmung, verbunden mit der Zwangsvorstellung, er müsse sich zum Fenster hinausstürzen.

Seit 4 Jahren Diabetes konstatiert. 3—4% Zucker. Die Kur in Karlsbad läfst den Zucker regelmäfsig verschwinden, der dann im Winter bis zu 6% wiederkehrt. Pustulöse Syphilis.

1869. Hautausschlag spezifischer Natur, mit Sublimatinjektionen behandelt; dabei wird das Hautleiden gebessert, der Zucker nimmt aber bei der spezifischen Behandlung zu, um nachher unter einer Karlsbader Kur wieder schnell zu schwinden.

Scheinmanns Fall.

W. Th., 25 Jahre alt.

Vor 4 Jahren Sonnenstich. Seitdem Stiche im Hinterkopf. Schwindel, Beklemmungen. Seit 1 Jahr Polyurie und Polydipsie.

1881. 22. IX.: Urin 7000, 4% Zucker, daneben mäfsige Albuminurie.

25. XI. breite Kondylome der grofsen und kleinen Labien bemerkt.

Inunktionskur; nach Ablauf derselben Allgemeinbefinden verschlechtert; Diabetes ganz unbeeinflufst, 4% Zucker. Kopfschmerz, Schwindel etc. bestehen fort.

Hier ist der Diabetes mit den übrigen nervösen Störungen im Anschlufs an den Sonnenstich vor 4 Jahren entstanden. Der Fall reiht sich somit an eine Beobachtung von Frerichs an, der eine Frau nach einem Sonnenstich an Schwindel, Ptosis des rechten Auges, Polydipsie und Glykosurie erkranken sah. Dafs bei Scheinmanns Fall die Syphilis jünger ist wie der mit Diabetes verbundene nervöse Symptomenkomplex, geht auch daraus hervor, dafs ihre Manifestationen (die breiten Kondylome) durchaus den früheren Formen der Sekundärperiode angehören.

Von den übrigbleibenden Fällen müssen gegen die Beweiskraft desjenigen Servanties (Fall 4 bei Scheinmann) verschiedene Bedenken erhoben werden.

Hier trat allerdings der Diabetes 11 Monate nach dem Anfang der sicher nachgewiesenen Syphilis auf. Trotzdem ist mit dem Falle aus mehreren Gründen nichts anzufangen. Abgesehen von dem Einwand Scheinmanns, dafs gleichzeitig diabetische Mafsregeln ergriffen wurden, ist zu bemerken, dafs der Fall viel zu kurz (nämlich nur 10 Tage) beobachtet worden ist (aufgenommen am 29. I. 75, Zucker entdeckt am 2. II., entlassen am 11. II.). Zweitens ist er ungenügend behandelt. Obwohl Schleimpapeln am After und im Munde bestanden, bekommt der Kranke nur Jodkalium, kein Quecksilber. Da gleichzeitig diätetische Mafsregeln (Kleberbrot) vorgenommen werden, so beweist die geringe Abnahme des Zuckergehaltes von 86,55 g auf 74,55 g gar nichts, weder für noch gegen die syphilitische Natur der Glykosurie. Aufserdem ist ein Bruder des Patienten, der starker Alkoholist war, an Diabetes gestorben und der Kranke selbst hat in seiner Jugend ein schweres Kopftrauma erlitten, so dafs also auch andere ätiologische Momente für die Entstehung des Diabetes in Betracht kommen.

In dem Fall Ritters, der mir im Original nicht zugänglich ist, scheint es sich wirklich um einen syphilitischen Diabetes ohne Gehirnerscheinungen gehandelt zu haben.

43jährige Bäckersfrau, deren Mann vor 30 Jahren an Lues gelitten hatte.

7 Aborte, keine spezifische Behandlung.

Status praesens: Ulceröses Syphilid am linken Unterschenkel. Rhypia. Nächtlicher Stirnkopfschmerz und Tibialschmerz.

Ausgesprochener Diabetes mellitus. Quecksilberkur, im Anschluſs daran Jodkaliumkur.

Beseitigung aller genannten Symptome einschlieſslich des Diabetes mellitus.

Leider ist dieser Fall sehr kurz und wenig eingehend beschrieben. So vermiſst SCHEINMANN mit Recht Angaben über die Dauer der Heilung sowie über die angewandte Diät. Es ist also immerhin möglich, wie SCHEINMANN ausführt, daſs dieser Fall zu jenen leichten Diabetesformen gehörte, bei denen die diätetische Behandlung ausreicht, um die Symptome zum Schwinden zu bringen.

Mit Unrecht dagegen macht SCHEINMANN diesen Einwand bei dem letzten seiner Fälle, der Beobachtung von DUB. JULLIEN hatte in erster Linie diese Beobachtung DUBS im Auge, als er die Behauptung aufstellte, es gäbe einen essentiellen syphilitischen Diabetes unabhängig von Läsionen des Centralnervensystems; ich will daher an der Hand der Originalmitteilung etwas näher auf diesen Fall eingehen.

27. Mai 1857. 28jähr. junger Mann. Hochgradige Abmagerung; giebt an, seine Mutter sei an derselben Krankheit gestorben, an der er jetzt leide.

Unlöschbarer Durst, Polyurie, Heiſshunger, allgemeine Schwäche. Impotenz.

Über den ganzen Körper verbreitetes kupferrotes makulöses Syphilid. Im Rachen links ein Geschwür. Leistendrüsen beiderseits geschwellt. Narbe in der linken Leistengegend. — Puls klein, schwach, beschleunigt. Herzklopfen. — Centralnervensystem und Atmungsorgane normal.

Die Untersuchung des Harnes erwies sowohl nach der BÖTTGER-LISTONschen als nach der TROMMERschen Probe reichlichen Gehalt an Zucker. Gewicht 90 Pfund.

„Ich glaubte die Syphilis erst tilgen zu müssen, ehe ich mein Glück an dem Diabetes versuchte. Unter Merkurgebrauch erblaſste das Syphilid nach 10 Tagen, das Rachengeschwür begann sich zu schlieſsen, der Puls wurde weniger beschleunigt, der Kranke wog 98 Pfund. Nach sechs Wochen waren die Erscheinungen der Syphilis geschwunden, aber auch die Polydipsie und Polyurie. Der Geschlechtssinn war erwacht; die Gefräſsigkeit einem normalen Appetit gewichen. Der Harn zeigte keine Spur von Zucker. Prof. JAKSCH sah diesen Kranken einige Zeit darauf. Auch er fand den Urin zuckerfrei, entdeckte aber an der Handfläche ein squamöses Syphilid. Ich verlor den Kranken aus den Augen und hörte später, der Diabetes sei wiedergekehrt, der Kranke nach Karlsbad geschickt worden und bald nach seiner Rückkehr gestorben.“

Wenn ich die Worte: „Ich glaubte die Syphilis erst tilgen zu müssen, ehe ich mein Glück an dem Diabetes versuchte“ richtig deute, so sollen sie aussagen: DUB wollte erst durch eine Merkurialkur die Syphilis des Patienten heilen, ehe er sich mit einer diätetischen Kur an die Bekämpfung des Diabetes heranwagte. Als aber unter der spezifischen Behandlung die Syphilis nach sechs Wochen geheilt war, war zu seiner Verwunderung mit ihr auch der Diabetes geschwunden, so daſs es überhaupt zu einer diätetischen Behandlung nicht mehr kam. Daſs mit der recidivierenden Syphilis auch der syphilitische Diabetes wiederkehrte, hat für den nichts auffälliges, der die Eigentümlichkeiten syphilitischer Krank-

heitsprozesse überhaupt kennt. Lückenhaft ist allerdings die Anamnese. Es fehlt vor allem die exakte Angabe, dafs der Diabetes erst nach der syphilitischen Infektion zum Ausbruch gekommen sei, zumal da die Angabe über die gleichartige Krankheit der Mutter an das Mitwirken hereditärer Einflüsse denken läfst.

So gelangt denn SCHEINMANN zu folgenden weiteren Schlüssen:

Die Frage, ob ein Diabetes mellitus, auch ohne dafs Läsionen des Gehirnes vorhanden sind, syphilitischen Ursprungs sein kann, ist nicht mit Sicherheit zu bejahen. Die vorhandenen Fälle geben keinen unbedingten Beweis, denn sie sind nicht lange genug beobachtet und die Angaben zu ungenau, um den Einwand auszuschliefsen, dafs die anscheinend durch antisyphilitische Behandlung erreichte Heilung oder Besserung wirklich hierdurch und nicht etwa durch die gewöhnliche, vorzüglich diätetische Behandlung des Diabetes mellitus bedingt sei.

Die kasuistischen Mitteilungen, die nach SCHEINMANNS Arbeit veröffentlicht wurden, schienen in der Hauptsache SCHEINMANNS Darstellung zu bestätigen, denn sie betrafen im wesentlichen die Kombination von Gehirn- resp. Rückenmarkssyphilis mit Diabetes mellitus und blieben also innerhalb der von ihm gezogenen Grenzen. Hierher gehört ein neuer Fall mit Autopsie, den FRERICHS in seinem 1884 erschienenen Werk über den Diabetes veröffentlichte (S. 199).

58 Jahre alter Herr. Vor 20 Jahren syphilitische Infektion.

Schwindel, Doppeltsehen, Zittern der Hände, starker Durst und 8% Zucker im Harn. Nach zweimaliger Kur in Karlsbad verliert sich der Zucker für immer. Sechs Monate später apoplektiformer Anfall, welcher Doppeltsehen, Lichtscheu, Hyperästhesie des linken Trigeminus und vollständige Lähmung des linken Facialis zurückläfst. Jodkalium ohne Erfolg. Nach 7 Wochen Koma und Tod. Obduktion: Syphilitische Hyperostose des Schädels, Verwachsung der Dura mit der verdickten Pia und dem Hirncortex, Sklerose der Arterien der Hirnbasis, älterer Thrombus in der A. basilaris. Haselnufsgrofser graurötlicher Erweichungsherd im Pons Varolii, auf das linke Crus cerebri übergreifend. Erbsengrofser Herd im Cortex der linken Kleinhirnhälfte. Der vierte Ventrikel liefs nichts abnormes erkennen.

Klare und präcise Beobachtungen dieser Art wurden ferner im Jahre 1892 von FEINBERG gebracht.

I. Fall. 27 Jahre alt. Keine hereditäre Belastung.

Mit 11 Jahren Sturz vom Pferde mit nachfolgender Bewufstlosigkeit.

1885 im Herbst, etwa 4 Wochen post coitum Ulcus der Glans, das ohne ärztliche Hülfe heilte.

Anfang 1887 wird Patient plötzlich sehr dick.

Anfang Juni 1887 Polyurie und Polydipsie; schnell zunehmende Magerkeit und Schwäche.

Status praesens 3. XI. 1887.

Indolente Schwellung der Inguinal-, Cervical- und Cubitaldrüsen. Sonst nirgends Spuren überstandener Lues.

Diabetes mellitus. Tägliche Menge des Urins 20—30 Pfund. Spez. Gew. 1030. Zucker gegen 10%.

Keine cerebralen Erscheinungen (wichtig wegen des Kopftraumas in der Jugend).

Dagegen Erscheinungen, die auf Verdickung und Infiltration der spinalen Meningen und Reizung des Sympathicus hinweisen: Verengerung der rechten Pupille. Neuropathische Erweiterung der Blutgefäfse des Gesichtes mit gesteigerter lokaler Hauttemperatur.

Lancinierende Schmerzen von den Brustwirbeln aus nach den Hypochondrien und Armen ausstrahlend.

Empfindlichkeit der Brustwirbelsäule auf Druck.

Nach vorübergehender Hyperästhesie jetzt Anästhesie der oberen Körperhälfte vom siebenten Halswirbel bis zum zwölften Brustwirbel. Tast-, Orts- und Temperaturgefühl bedeutend vermindert. Schmerzgefühl kaum nachweisbar.

Motorische Kraft der Schulter- und Armmuskulatur normal.

Parese der Harnblase: Patellarreflexe anfangs normal, später fehlend.

Vergröfserung der Leber und Milz.

Verlauf: Die antidiabetische Therapie erweist sich als gänzlich erfolglos. Es entwickeln sich Diarrhöen, Ascites und Anasarka.

Daher nach 3 Wochen am 23. XI. antisyphilitische Behandlung (Einspritzungen von Hydrarg. formamidatum) begonnen. Darauf schnelle Abnahme der diabetischen Symptome.

23. XII. Zucker auf 3% gesunken. Spez. Gewicht 1026. Menge des Urins 8—10 Pfund.

Ascites, Odem und Diarrhoe geschwunden.

23. II. 1888. Patient verliert die Geduld und verläfst das Krankenhaus.

Die lancinierenden Schmerzen, die Anästhesie der oberen Körperhälfte geschwunden, ebenso die Parese der Harnblase.

Zuckerharnruhr geringer, aber nicht völlig gewichen.

II. Fall. R., Arzt.

Mit 19 Jahren (September 1877) Ulcus durum, Adenopathie.

2 Monate später nässende Papel am Anus. Sublimat innerlich. Die Sublimatbehandlung dauerte bis zum Frühjahr 1878, zu welcher Zeit alle syphilitischen Erscheinungen verschwanden. Nur die Polyadenitis persistiert. Schmierkur in Aachen.

Seit 1880 hartnäckige Verdauungsstörungen, gefolgt von Nervosität, Abmagerung, Impotenz.

Herbst 1885 rheumatische Schmerzen in den Schultern.

Seit Juli 1886 erhöhter Durst, Polyurie, stärkere Abmagerung und Schwäche.

Urin 1700—2120 ccm. Spez. Gewicht 1036—1034. Zucker 1,6%.

Bei strenger antidiabetischer Diät Harn zuckerfrei. Doch ist der Diabetes nur verdeckt; am 17. III. 1887 nach grobem Diätfehler (Champagner und Fruchteis) 4% Zucker im Harn.

Am 18. III. 1887 und später epileptische Anfälle, nach Art der Epilepsia Jacksonii im linken Bein beginnend, dann auf den linken Arm und die rechte Körperhälfte übergehend. Nach einem Anfall Bewufstlosigkeit, nach den übrigen Benommenheit. Nach den Anfällen eine linksseitige Hemiparese von kurzer Dauer.

Energisches Traitement mixte, worauf die Gehirnsyphilis schwindet und der Diabetes erst besser wird, indem nur nach Diätfehlern kleine Mengen Zucker auftreten, dann ganz auch bei Abweichung von der antidiabetischen Diät schwindet.

Jetzt (1892) Diabetes und Nervenleiden dauernd geheilt.

III. Fall. Frl. N., 28 Jahre alt:

Mai 1889. Schleimpapeln der Lippen und indolente Drüsen am Halse konstatiert.

1891. 2 Monate nach einer starken Gemütsbewegung heftige nächtliche Kopfschmerzen. Erbrechen, Obstipation, Anämie, Kräfteverfall, Adenopathie. Sprache undeutlich, Lippen und Zunge schwer beweglich, ebenso Uvula und Gaumenbögen. Rachenreflex geschwunden. Parese des rechten oberen Augenlides.

Pupillen- und Bulbusbewegungen intakt.

Wegen dieser syphilitischen Bulbärparalyse wurde Schmierkur verordnet; doch führt die Patientin dieselbe wegen Salivation nach vier Einreibungen nicht mehr fort.

Schnell fortschreitende Verschlimmerung der Bulbärparalyse. Nach einigen Monaten sind betroffen: die unteren Zweige der Nn. facialis, hypoglossus, glossopharyngeus und Äste des N. oculomotorius. Die sensible Sphäre ist frei.

Zu den genannten Erscheinungen gesellt sich eine mäfsige Zuckerharnruhr.

Urin 5 Pfund pro die. Spez. Gew. 1030. Zucker 2%.

Alle diese Symptome schwanden aber bald nach einer systematischen antiluetischen Kur, nur Spuren von Zucker im Harn blieben zurück.

Die kombinierten Erscheinungen einer Bulbärparalyse und eines Diabetes mellitus weisen darauf hin, dafs wir den Sitz der Krankheit im Boden des vierten Ventrikels zu suchen haben. Die syphilitische Natur desselben ergiebt sich aus der Anamnese, der Adenopathie und dem Erfolge der Therapie.

Diese drei Fälle Feinbergs sind, wie mir scheint, einwandsfrei. Man könnte höchstens bedauern, dafs in zweien infolge vorzeitigen Abganges der Patienten die Beobachtung nicht ganz abgeschlossen und auch die Dauerhaftigkeit der Heilung nicht konstatiert werden konnte. In allen dreien ist die vorhergehende syphilitische Infektion sicher festgestellt, schwindet der Diabetes gleichzeitig mit den Störungen des Centralnervensystems unter einer antisyphilitischen Behandlung.

Dagegen müssen gegen den vierten Fall Feinbergs einige Bedenken erhoben werden. Der progressiv bösartige Verlauf, der durch eine antisyphilitische Behandlung nicht aufgehalten werden kann, läfst an die Möglichkeit denken, dafs es sich um einen Gehirntumor handelte. Hier hätte nur die Autopsie den ausschlaggebenden Beweis geben können.

Es handelt sich um folgenden Fall. 31 Jahre alte Frau; litt fast ein ganzes Jahr an heftigem Kopfschmerz, welcher sich nachts bedeutend steigerte. Das Leiden entwickelte sich ununterbrochen und rief Polyurie mit spärlichem Zuckergehalt hervor (Menge des Urins 18—20 Pfund. Spez. Gew. 1015, Zuckergehalt 0,5%). Darauf Parese des Armes und später des Beines und Abnahme der Sehschärfe. Sodann bildeten sich Parese des Vagus und des unteren Facialisastes; linksseitige Hemianopsie; dann folgt die Parese des linken oberen Augenlids, Erweiterung der linken Pupille, Verlust der Reaktion auf Licht und zuletzt geht die Hemianopsie plötzlich auf die rechte Hälfte des Gesichtsfeldes über.

Feinberg nimmt an, dafs es sich um ein Gumma des Chiasma N. optici handelt.

Strahlige Hautnarben, Drüsenschwellung und die nächtlichen Schmerzen werden zum Beweise der syphilitischen Natur des Tumors angeführt. Doch kann es sich eben auch um ein Nacheinander zweier nicht in innerem Zusammenhang stehender Krankheitsprozesse handeln, da der bei einer syphilitischen Geschwulst doch mehr oder weniger zu erwartende Einfluſs der antisyphilitischen Behandlung ganz ausblieb.

Nicht ganz klar liegen die ätiologischen Verhältnisse bei einem Fall, über den Ozenne auf dem internationalen Kongreſs in Rom berichtete. Doch möchte ich trotz der abweichenden Ansicht Ozennes für wahrscheinlich halten, daſs die Glykosurie hier mit der Gehirnsyphilis in einem direkten kausalen Zusammenhang steht.

42jähriger Mann, alter Arthritiker. Syphilitische Infektion nicht zugestanden. Derselbe erkrankt plötzlich mit Schielen, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit.

Status praesens. Leichte Ptosis des rechten oberen Augenlides, rechter Bulbus stark nach auſsen abgewichen, Doppeltsehen, Abnahme des Sehvermögens.

Erweiterung der rechten Pupille, deren Reaktion nicht ganz erloschen ist. Linkes Auge normal.

Verdauungsstörungen mit Dilatation des Magens.

Etwas über 2 Liter Urin mit 1,1% Zucker.

Behandlung: 4,0 Jodkalium pro die und Schmierkur.

Amélioration assez rapide que complètent la médication antidiabétique et un traitement tonique.

Nach 2 Monaten ist alles bis auf leichten Strabismus verschwunden.

Nach 6 Monaten Rückfall mit ganz analogen Symptomen und 1,3% Zucker im Urin.

On n'a d'abord recours qu' au traitement antidiabétique, qui détermine une diminution des accidents; mais ceux-ci ne disparaissent à peu près complètement, qu'en reprenant l'usage de l'iodure et du mercure.

Ebenso verliefen noch mehrere Recidive.

Jetzt seit einem Jahre ausgezeichnetes Allgemeinbefinden; einziger Rest der früheren Störungen leichter Strabismus.

Mit Ozenne wird man trotz der negativen Anamnese die Diagnose der Gehirnsyphilis für genügend begründet halten.

Ozenne kommt dann weiter zu dem Schlusse, daſs keine kausalen Beziehungen zwischen der Gehirnsyphilis und der Glykosurie bestehen, die vielmehr auf die alte Arthritis zu beziehen sei. Doch wäre es dann sehr merkwürdig, daſs dieser in der Zwischenzeit latente gichtische Diabetes stets gleichzeitig mit den Attacken der Gehirnsyphilis manifest werden soll. Auſserdem zeichnet sich der gichtische Diabetes durch einen milden, gutartigen Verlauf aus und meist wird, wie auch Naunyn neuerdings hervorhebt, bei ihm der Urin schon bei leichter Diät zuckerfrei. In Ozennes Fall dagegen genügt die antidiabetische Behandlung nicht, um den dabei noch an Menge sehr geringen Zucker (1,1—1,3% bei 2 Liter Urin) zum Schwinden zu bringen; erst auf die antisyphilitische Behandlung wird der Harn zuckerfrei. Die Beobachtung der ersten Attacke beweist auf keinen Fall, wie Ozenne will, daſs die Glykosurie durch die antisyphilitische Behandlung nicht allein hätte zum Schwinden gebracht werden können. Sie beweist nur, daſs die amélioration assez rapide, welche sie herbeiführte, doch nicht schnell genug war, um die therapeutische Ungeduld Ozennes zu zügeln. Dadurch hat natürlich die wissenschaftliche Beweiskraft dieses Falles erheblichen Schaden genommen.

K. Grube berichtet kurz über einen ca. 45jährigen Mann, bei dem neben Glykosurie noch Ungleichheit der Pupillen und heftiger Kopfschmerz bestanden.

Neben der Neuenahrer Kur energische Quecksilberjodbehandlung. Zucker und Kopfschmerzen schwinden. Der erstere kehrt auch nach mäfsigen Mengen Brot (100 g pro die) nicht wieder. Die Pupillendifferenz bleibt bestehen (syphilitische Arteritis der Medulla oblongata). — Ein zweiter Fall Grubes ist nicht beweisend.

Aus neuester Zeit endlich stammt noch eine Beobachtung von Jacques Meyer, die hierher gehört.

29jähriger Offizier.

Keine hereditäre Belastung.

1889 Lues, vierwöchentliche Schmierkur.

1891 Recidiv, einhergehend mit Gehirnerscheinungen (Schwindel, auffällige Abnahme des Gehörs und der Sehkraft, unsicherer Gang). Nach einer fünfwöchentlichen Schmierkur kein erneutes Recidiv.

Seit 1894 Polyurie und Polydipsie, welche sich namentlich nach den Manövern steigerten. Der Harn war wiederholt auf Zucker untersucht worden, doch stets mit negativem Resultat.

Anfang Oktober 1896 wurde zuerst Glykosurie konstatiert.

8. IV. 1897. Abmagerung. Keine Polyurie, keine Polydipsie mehr. Urin spez. Gewicht 1048 mit 4,8% Zucker. Aceton in mäfsiger Menge.

Herz, Lungen, Leber gesund. Unter ausschliefslicher Fett-Fleisch-Diät neben mäfsigen Mengen Alkohol ist der Zucker am 27. IV. auf Spuren zurückgegangen.

J. Mayer zieht die Syphilis ausdrücklich als Ursache des Diabetes heran. Freilich hat er die Einwirkung einer antiluetischen Behandlung auf den Diabetes nicht studiert. Aber der Fall gewinnt dadurch ein besonderes Interesse, dafs bei ihm der Diabetes mellitus aus einem syphilitischen Diabetes insipidus hervorging, wie aus der Krankengeschichte klar wird. Denn Polyurie und Polydipsie bestanden schon seit zwei Jahren, ehe bei wiederholten Untersuchungen zum ersten Mal Zucker gefunden wurde. Durch dieses Zwischenglied gewinnt dieser Fall an Beweiskraft. Denn während über den syphilitischen Diabetes mellitus noch immer die Meinungen auseinander gingen, war längst anerkannt, dafs die Gehirnsyphilis einen Diabetes insipidus zur Folge haben kann. Scheinmann führt Beobachtungen von Mosler, Epifani, Bridge, Dub und Ritter an. Lancereaux erwähnt auf Grund eines Falles von Perroud und einer eigenen Beobachtung den Diabetes insipidus als Symptom der syphilitischen Erkrankung der Medulla oblongata, speziell des vierten Ventrikels. Jullien citiert Bouchard und Leudet. Neuere Beobachtungen sind diejenigen von Lewin, Saalfeld und Pospelow. Nach Pospelow ist dasselbe Leiden auch von Mandl, Demme, Eichhorst, Opitz, Oppenheim, Surukgy, Ikoff, Bogdanoff, Preiss und Kowalewsky bei Syphilitikern beschrieben worden. In Leudets Fall Taupin wurde der syphilitische Diabetes geheilt, später kehrte mit der recidivierenden Gehirnsyphilis Polydipsie und Polyurie ohne Zucker, also als Diabetes insipidus wieder. Der Fall Mayer bietet hierzu das Gegenstück und

erweitert unsere Kenntnis von der innigen Zusammengehörigkeit beider Krankheiten, wenn sie im Gefolge cerebraler Läsionen auftreten.

Während wir also die Beobachtungen v. Frerichs, Feinbergs, Ozennes, Grubes und J. Mayers zum gröfsten Teil als wertvolle Bereicherung unserer Kenntnis des im Gefolge der Gehirnsyphilis auftretenden Diabetes mellitus anerkennen müssen, sind die Angaben Deckers und Schultes einer sichtenden Kritik gegenüber ganz unhaltbar, wenigstens in dem Sinne, in dem sie veröffentlicht sind. So giebt sich Decker, der bei einem Sekundärsyphilitischen eine in wenigen Tagen vorübergehende Glykosurie leichten Grades fand, alle erdenkliche Mühe, dem Leser die Annahme einer syphilitischen Gefäfserkrankung am Boden des vierten Ventrikels aufzuoktroyieren, um seinen Fall im Sinne Scheinmanns zu einem beweiskräftigen syphilitischen Diabetes mellitus zu stempeln. Doch ist klinisch von irgend welchen Hirnerscheinungen gar keine Rede.

Es handelt sich in Kürze um folgendes:

30jähriger Arbeiter.

1888, August, breite Kondylome und luetische Rachenaffektion. Schmierkur und Jodkalium.

1888, Ende Oktober, zuerst Sehstörungen auf dem linken Auge.

Seit Ende Dezember vermehrter Durst, wie aus dem „Redegeplätscher" der Ehefrau hervorgeht.

1889, am 28. Januar. Status praesens: staubförmige Glaskörpertrübungen. Syphilitische Chorioretinitis. Allgemeine Adenopathie, 1—2 markstückgrofse rotbraune squamöse Syphilide auf dem Rücken, dem Nacken, dem behaarten Kopf und an den Schläfen.

Der Harn enthält 1% Zucker, kein Albumen.

Schmierkur und antidiabetische Diät.

Am 30. Januar sind jedoch schon „kaum noch Spuren von Zucker" vorhanden, so dafs die antidiabetische Diät schleunigst ausgesetzt werden mufs, um der Schmierkur ihre bedrohten Lorbeeren zu retten. Mit Hülfe „einer süfsen Mehlsuppe und zweier kleinen Weifsbrötchen" gelingt es denn auch, noch einmal eine deutliche Zuckerreaktion hervorzurufen. Leider wird dann der Urin aus Versehen fortgegossen, so dafs wir über den Ausfall der Gärungsprobe und über den Procentgehalt nichts erfahren können.

Am 2. Februar noch deutliche Zuckerreaktion, am 5. Februar Spuren von Zucker, am 7. Februar nur undeutliche Zuckerreaktion, vom 8. Februar andauernd zuckerfrei.

Wenngleich nun Decker zu dem Schlusse kommt, dafs er hier einen syphilitischen Diabetes durch die Schmierkur geheilt habe, wird jeder nüchterne und objektive Beobachter sich der Erkenntnis nicht verschliefsen, dafs es sich hier um eine passagere Glykosurie bei sekundärer Syphilis, unter keinen Umständen aber um einen echten Diabetes handelt. Auf das Vorkommen und die Bedeutung der passageren Glykosurie im Stadium der sekundären Syphilis komme ich später zurück. Ich werde dann Herrn Decker durch den Nachweis zu trösten versuchen, dafs seine Beob-

achtung die erste dieser Art ist, wenn auch dem Autor die Bedeutung seines Befundes nicht klar geworden ist.

Die gleiche, das eigene Urteil lähmende Nachwirkung der SCHEINMANNschen Arbeit fällt auch in der Arbeit W. SCHULTES auf: diese, betitelt *„Über Koincidens von Diabetes mellitus und Syphilis."* Eine kasuistische Studie. Inaug.-Diss. Jena 1887, bringt zunächst im wesentlichen eine Reproduktion der Arbeit SCHEINMANNS, die sie Fall für Fall wiederholt. Diesen fügt SCHULTE einige angeblich ungenaue Beobachtungen JULLIENS an, die, wie ich schon oben ausführte, in Wirklichkeit gar nicht existieren. Dann folgt ein Fall eigener Beobachtung, bei dem von irgend welchen auf Gehirnlues hindeutenden cerebralen Erscheinungen gar keine Rede ist.

39jähriger Mann.

Mit 22 Jahren Primäraffekt. Makulopapulöses Syphilid. Durch Schmierkur und Jodkalium geheilt. Mit 39 Jahren, also 17 Jahre nach der Infektion, Mattigkeit, Unlust zu geistiger Arbeit, Polyurie, Polydipsie, Polyphagie, dabei schnelle Abmagerung.

1885, Anfangs Juli. Status praesens: Anämie, trockene Haut, Cubital- und Cervikaldrüsen geschwollen. Narbe in der rechten Inguinalbeuge, einige Verdickungen an der linken Tibia. Nächtliche Stirnschmerzen.

Diurese 4200, spezifisches Gewicht 1038, kein Albumen. Zucker 2,2%.

Therapie: Unguent. cin. 3,0, Jodkalium 4,0/200,0.

Strenge Diabeteskost: „vollständige Enthaltung aller zucker- und stärkehaltigen Nahrung. Fleischdiät. Mühlbrunnen, Bordeaux.

20. VIII. Harn zuckerfrei.

Es ist wohl ohne weiteres zuzugeben, dafs in diesem Fall die Syphilis möglicherweise ätiologisches Moment sein kann, wenngleich in der Krankengeschichte alle Zwischenglieder zwischen der vor 17 Jahren erfolgten Infektion und dem jetzigen Leiden fehlen. Doch bleibt SCHULTE den Beweis dafür schuldig. Der Erfolg der Behandlung beweist jedenfalls gar nichts, da aufser der Schmierkur gleichzeitig eine strenge diätetische Kur durchgeführt wurde. Hätte SCHULTE ohne jede diätetische Mafsnahme, durch die antisyphilitische Behandlung allein den Zucker zum Schwinden gebracht, dann würde dieser Fall sehr wertvoll sein; er würde feststellen, dafs die Syphilis auch ohne das auslösende Zwischenglied der Hirnläsion einen Diabetes mellitus hervorrufen kann. SCHULTE, der trotz der hervorgehobenen Mängel seinen Fall für „vollständig beweisend" hält, sucht sich dagegen durch einige ganz in der Luft stehende Mutmafsungen mit SCHEINMANNS Forderungen abzufinden. Wahrscheinlich hätten noch keine pathologisch-anatomisch nachweisbaren Veränderungen im vierten Ventrikel Platz gegriffen, sondern seien nur in Vorbereitung gewesen, „so dafs dieser Diabetes etwa als Reizsymptom aufzufassen sei, infolge von dem vierten Ventrikel naheliegenden Veränderungen im Gehirn, die jedoch durch die antisyphilitische Behandlung in ihrer Entwickelung verhindert bezw. zerstört, regressiv metamorphosiert wurden."

Der zweite Fall SCHULTES würde für das Vorkommen eines syphilitischen Diabetes mellitus ohne Hirnsyphilis geradezu beweisend sein, wenn die Beobachtung vollständig wäre.

7jähriges Mädchen erkrankt unter den Symptomen des Diabetes mellitus, der trotz eingeleiteter Diabetestherapie konstant blieb, weder der sehr sorgfältigen Diät, noch den verschiedenen von vielen Seiten empfohlenen Arzneimitteln wich.

Zufälligerweise wird konstatiert, dafs die Mutter luetisch gewesen war. Eine genauere Inspektion des Kindes zeigte auch bald, dafs einige Symptome auf Lues schliefsen lassen könnten: es waren infiltrierte Lymphdrüsen vorhanden, eine Vergröfserung der Leber in dem rechten Lappen nachweisbar, und angeblich hätte das Kind in dem ersten Lebensjahre einen Ausschlag überstanden.

Unter antisyphilitischer Behandlung bessert sich der Zustand des Kindes. Harnmenge und Zuckergehalt nehmen ab, das Durstgefühl vermindert sich, das Körpergewicht nimmt zu. Leider geht das Kind an einer interkurrenten Pleuropneumonie zu Grunde. Weitere Daten fehlen, da keine Sektion gestattet wurde.

Hier also ist die antidiabetische Therapie ganz machtlos, während die spezifische antisyphilitische Behandlung schnell zu einer Besserung führt.

Hatten wir oben schon bemerkt, dafs SCHEINMANNS negierende Kritik der Beobachtung DUBS gegenüber nicht zu Rechte besteht, so werden wir durch diesen zweiten Fall SCHULTES erst recht wieder in der Vermutung bestärkt, dafs in den älteren ungenauen Angaben über den direkten, essentiellen syphilitischen Diabetes trotz aller Mängel ein wahrer Kern enthalten sei. Unsere Vermutung wird zur Gewifsheit durch die Beobachtung LEMONNIERS, der im Jahre 1888 einen in jeder Beziehung klaren und einwandsfreien Fall dieser Art beschreibt:

49jähriger Mann, Reisender in Spirituosen, will früher stets gesund gewesen sein. Fettleibigkeit, Knarren in den Kniegelenken, Zeichen des chronischen Alkoholismus, Tremor, schwerfällige Sprache. Leber, Herz und Lungen gesund, 3 l Urin pro die mit 8,4% Zucker, kein Albumen.

LEMONNIER glaubte zuerst, zumal jede andere Angabe fehlte, der Diabetes sei Folge des chronischen Abusus spirituosorum, welchen die geschäftliche Thätigkeit des Patienten mit sich brachte. Er stellte dem Patienten die grofsen Gefahren seines jetzigen Lebenswandels vor Augen und machte damit einen solchen Eindruck auf denselben, dafs er das Schnapstrinken ganz aufgab. Er wurde aufserdem auf strenge Diabeteskost nach den Vorschriften BOUCHARDATS gestellt und bekam Vichywasser. Der Patient befolgte sein Regime in rigoröser Weise und gestattete sich nur geringe Mengen Kohlehydrate.

Dennoch wurde mit dieser Behandlung in 5 Monaten kein wesentlicher Fortschritt erreicht. Die Menge des Urins blieb immer mehr wie 2 l mit 7% Zucker. Dagegen magerte der vorher fettleibige Patient in beträchtlicher Weise ab.

Da traten plötzlich Halsschmerzen mit starken Schluck- und Atmungsbeschwerden auf. Gleichzeitig stellte sich reichlicher schleimigeitriger Auswurf mit vereinzelten Blutstreifen auf.

LEMONNIER fand jetzt bei dem Kranken ein grofses ulceriertes Gumma des Pharynx, das sich unbemerkt und heimtückisch entwickelt hatte und erst seit 10 Tagen Schluckbeschwerden machte.

Gleichzeitig bestand ein Infiltrat in der mittleren Partie der linken Lunge mit bruit de pot fêlé bei offenem Mund und feuchten Rasselgeräuschen. Auch über der linken Lungenspitze einige feinkrepitierende Rasselgeräusche. Kein Fieber.

Nach anfänglichem hartnäckigen Leugnen gestand der Kranke, dafs er sich vor nahezu 20 Jahren syphilitisch infiziert habe. Dem Schanker folgten Sekundärerscheinungen in Form von Roseola und Schleimpapeln am After und im Munde. Keinerlei Behandlung.

Drei Jahre nach der Infektion hartnäckiges Halsleiden, das 5 Monate ohne Besserung bestand, bis eine Jodkaliumbehandlung eingeleitet wurde. Die Frau des Patienten hat keine Kinder; keine Frühgeburt, kein Abort.

Der Kranke wurde nun mit Schmierkur (Ungt. cin. 5—6,0 g) und Jodkalium von 2,0 auf 4,0 g pro die steigend behandelt.

Nach 8 Tagen erhebliche Besserung des Pharynx; Abnahme des Auswurfes.

Urin 1600 g mit 2,7 % Zucker.

Nach 28 Tagen ist das Geschwür des Pharynx vernarbt, der Auswurf hat schon seit einer Woche ganz aufgehört.

Urin 1800 g pro die, enthält keine Spur Zucker mehr.

Nach 6 Monaten gab der Kranke alle diätetischen Mafsregeln auf. Sein Urin blieb dauernd zuckerfrei, auch nach Diätfehlern, wie in den letzten 11 Monaten zu verschiedenen Malen festgestellt wurde. Die Lungenerscheinungen sind ganz geschwunden.

Dieser Fall ist in jeder Beziehung beweisend. Es ist festgestellt, dafs die jetzt noch manifeste Syphilis längst vor dem Diabetes ihren Anfang genommen. Die streng durchgeführte antidiabetische diätetisch-hygienische Behandlung hat in fünf Monaten keine nennenswerte Besserung gebracht. Manifeste Zeichen der Lues im Rachen (und wahrscheinlich auch auf den Lungen) geben dann die Indikation zu einem antisyphilitischen Traitement mixte, das innerhalb vier Wochen mit dem Gumma im Rachen auch den Diabetes zum Schwinden bringt. Dabei bestehen keinerlei Zeichen von Gehirnsyphilis. Auch die Rückkehr zur gewöhnlichen Kost, selbst gröbere Diätfehler rufen keine Glykosurie mehr hervor. Der Diabetes mellitus ist also durch die spezifische Behandlung nicht nur zum Schwinden gebracht, sondern wirklich und dauernd geheilt.

Die Existenz eines ohne Läsionen des Central-Nervensystems einhergehenden syphilitischen Diabetes mellitus war somit erwiesen. Die Arbeiten v. Merings und Minkowskis, welche im Jahre 1889 die Bedeutung der Bauchspeicheldrüse für das Zustandekommen des Diabetes mellitus entdeckten, gab zugleich für den ohne Gehirnerscheinungen auftretenden syphilitischen Diabetes mellitus eine neue Möglichkeit der Deutung. Nachdem bekannt war, dafs im Verlaufe der Syphilis nicht nur gummöse Herderkrankungen des Pankreas, sondern auch diffuse, das ganze Parenchym der Drüse einnehmende, chronisch indurative Entzündungsprozesse vorkommen, mufste man darauf gefafst sein, der chronischen Pankreatitis syphilitica gelegentlich auch als Ursache der Zuckerharnruhr zu begegnen.

von Noorden macht allerdings geltend, dafs es bis jetzt nicht aus-

gemacht sei, inwieweit die diffusen, am häufigsten zum Diabetes führenden Erkrankungen des Pankreas, die Sklerosierung und die Atrophie durch Syphilis bedingt seien. Doch räumt er immerhin die Möglichkeit ein, dafs ein Diabetes mellitus durch Vermittlung einer syphilitischen Pankreaserkrankung ausgelöst sein könne. Doch darf man nach v. NOORDEN von einer spezifischen Behandlung dieser Fälle nicht zu viel erwarten.

Leider ist es, wie NEUMANN betont, bisher auf Grund der klinischen Kenntnisse nicht möglich zu beurteilen, ob ein Diabetes bei einem Syphilitischen durch Pankreaserkrankung bedingt ist oder nicht. Wenn bei einem syphilitischen oder syphilitisch gewesenen Individuum Glykosurie eintritt, wird man, gleichwie an andere Organe, deren Affektion mit ihr in genetischem Zusammenhang steht, auch an eine syphilitische Affektion des Pankreas zu denken haben. Thatsächlich sind sämtliche syphilitische Pankreaserkrankungen am Sektionstisch diagnostiziert worden. Aufserdem hebt NEUMANN noch besonders hervor, dafs er bei tertiärer Syphilis mehrmals Zucker im Harn gefunden habe, während bei der Obduktion keine Abnormität im Pankreas gefunden wurde. Nach OSER hätte man ein Recht, an eine syphilitische Pankreaserkrankung zu denken, wenn bei einem syphilitischen Diabetiker sich gewisse Symptome zeigen, wie Fettstühle, Azotorrhoe und Auftreten einer Resistenz in der Pankreasgegend. Doch ist auch seines Wissens bisher (1898) diese Diagnose niemals am Lebenden gestellt worden.

Den pathologischen Anatomen ist die Syphilis des Pankreas längst bekannt; sie fanden sie hauptsächlich in zwei Formen, als chronisch indurative Pankreatitis und als Gumma des Pankreas, zuweilen auch beide Formen nebeneinander. Die chronische indurative Pankreatitis ist bei kongenitaler Syphilis nach den Untersuchungen BIRCH-HIRSCHFELDS, HECKERS und anderer sogar ein recht häufiger Befund.[1] BIRCH-HIRSCHFELD fand sie unter 124 Fällen von kongenitaler Syphilis 27 mal, das ist in 21,8%, HECKER in 22% seiner Fälle. Im Lichte dieser Zahlen mufs es sehr auffallen, dafs bisher nur eine einzige, noch dazu unvollständige und ungenaue Beobachtung — ich meine den oben erwähnten Fall SCHULTES — die Entwickelung eines Diabetes mellitus auf dem Boden der Erbsyphilis wahrscheinlich macht. Da in diesem Fall keine Autopsie gemacht werden konnte, so wissen wir über das Verhalten des Pankreas nichts. Allerdings ist ein grofser Teil der pathologisch-anatomischen Befunde bei totgeborenen Kindern oder Frühgeburten erhoben worden, und man wird von vorneherein annehmen können, dafs die mit einer chronischen syphilitischen Pankreatitis behafteten Kinder nur in den allerseltensten Fällen auf die Dauer lebensfähig sind. Doch sind vereinzelte Fälle dieser Art auch bei

[1] Ausführliche Litteraturangabe siehe bei OSER.

Kindern gefunden, die das Säuglingsalter weit überschritten hatten, so von Heubner bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben neben hochgradiger Lebersyphilis, und von Rosenthal bei einem $16^1/_2$jährigen Mädchen als Teilerscheinung einer Syphilis hereditaria tarda. Heubner sagt nichts über den Harnbefund; Rosenthal dagegen hebt ausdrücklich hervor, dafs in seinem Fall während der siebenwöchentlichen Beobachtung im Spital der Harnbefund stets normal war. Sicher ist also festgestellt, dafs die Pankreatitis heredosyphilitica ohne Diabetes mellitus vorkommt; dafür, dafs sie gelegentlich die Ursache desselben werden kann, steht der sichere einwandsfreie Nachweis noch aus.

Auf unserer Abteilung ist bei den erbsyphilitischen Kindern bisher niemals Zucker im Harn gefunden.

Herr Dr. Engel-Reimers hat aus der Anregung der Minkowskischen Experimente heraus durch Jahre hindurch den Urin der heredosyphilitischen Kinder auf Zucker untersucht und nie einen positiven Fund gehabt, obwohl auch bei uns die chronische Pankreatitis kein seltener Befund war. Auch ich habe während des Jahres, in dem mir die Abteilung der syphilitischen Kinder unterstellt war, in zahlreichen Untersuchungen niemals Zucker gefunden. Glücklicher wohl, wie wir, war Hecker, der neuerdings bei dreien von acht heredosyphilitischen Säuglingen, die er vor der Sektion klinisch beobachten konnte, Zucker im Harn vorfand. Aus der vorläufigen Mitteilung in der *Münchener medizinischen Wochenschrift* (No. 27, S. 877; 1898) ist nicht zu ersehen, ob diese drei Glykosurien den unter dem Abschnitt Pankreas erwähnten „drei Fällen von interstitieller Entzündung" angehören. Auf jeden Fall ist bis jetzt meines Wissens sonst nichts derart bekannt geworden, und Heckers positive Befunde stehen ganz allein da.

Auch bei der fibrösen chronischen Pankreatitis der erworbenen Syphilis ist bisher relativ selten ein wirklicher Diabetes mellitus beobachtet worden. Vielleicht gehört hierher der Fall Schlagenhaufers, ein Fall von Pankreatitis syphilitica indurativa et gummosa acquisita. Hier wurde kurz vor dem Tode neben Spuren von Albumen, neben einer Vermehrung der Phosphate, des Acetons und des Indikans ein positiver Ausfall der Trommerschen und der Kalilauge-Zuckerprobe bemerkt. Doch starb der Kranke, ehe ein einwandsfreier Nachweis von Zucker im Harn geführt werden konnte.

Vielleicht ist nach Hansemann auch ein Fall von Hadden und einer von Notta hierher zu rechnen. Hansemann selbst zählt in seiner wertvollen Arbeit über die Beziehungen des Pankreas zum Diabetes zwei Fälle auf, in denen der Diabetes mellitus sicher, und einen dritten, in dem er wahrscheinlich auf eine fibröse syphilitische Induration des Pankreas zurückzuführen war (sicher Fall No. 3 und No. 9, wahrscheinlich No. 35

der Tabelle I bei HANSEMANN). Doch kommt, wie auch HANSEMANN ausdrücklich hervorhebt, die fibröse (syphilitische) Induration des Pankreas auch ohne Diabetes mellitus vor. Warum das eine Mal Diabetes eintritt, während er das andere Mal fehlt, ist bis jetzt gar nicht zu übersehen. Man kann nach HANSEMANN nur sagen, dafs der Diabetes dann wohl sicher eintritt, wenn die Sklerose des Pankreas weit genug gediehen ist, resp. wenn das Drüsenparenchym vollständig geschwunden ist. Sie unterscheidet sich dadurch nach HANSEMANN scharf von der auch pathologisch-anatomisch ganz anders gearteten genuinen Granularatrophie des Pankreas, welche von vorneherein mit einer Verminderung der positiven Funktion der Parenchymzellen verbunden ist und notwendig zum Diabetes mellitus führt.

Die Arbeiten der letzten Jahre haben das, wie man sieht, spärliche Material meines Wissens nicht bereichert. Andere Fälle von syphilitischem Pankreasdiabetes sind mir wenigstens nicht bekannt. Im weiteren Sinne JULLIENS, der alle nicht durch Gehirnläsionen bedingten Fälle von syphilitischem Diabetes mit dem etwas fragwürdigen Prädikat essentieller Diabetes syphiliticus zusammenfafst, sind einige Beobachtungen zu verzeichnen, die NAUNYN in seinem neuen Buche über den Diabetes mellitus mitteilt. Doch genügen dieselben, wenigstens in der kurzen Form, in der NAUNYN sie anführt, den Forderungen nicht, die oben für die Diagnose des syphilitischen Diabetes aufgestellt wurden.

Im Fall 32 NAUNYNS hat die Syphilis als solche seit 8, im Falle 7 seit 5 Jahren keine Erscheinungen mehr gemacht. In beiden ist eine antisyphilitische Behandlung überhaupt nicht versucht, und im Falle 7 ergab die Sektion als Ursache des Diabetes eine auch nach der Krankengeschichte auf Alkoholismus zurückzuführende gemeine atrophische Lebercirrhose. Im Fall 4 wird bei genau geregelter Diät der Urin in einem Monat zuckerfrei. Dafs dabei zeitweise Jodkalium gebraucht wird ohne nennenswerten Erfolg, beweist weder für noch gegen den Zusammenhang mit der vor vier Jahren überstandenen Syphilis etwas.

Im letzten Falle endlich, in dem es sich um einen Fall von möglicherweise syphilitischer Rückenmarkserkrankung mit Diabetes handelt, wurde der Urin bei strenger antidiabetischer Diät schnell zuckerfrei. Erst als der Urin zuckerfrei war, wurde ein energisches Traitement mixte insceniert, das ohne jeden Einfluſs auf das Nervenleiden blieb.

Nach NAUNYN kann die Syphilis die Ursache von Diabetes werden, sei es nun durch eine spezifische Erkrankung des Centralnervensystems, der Leber oder des Pankreas. Nach ihm wird man daher in allen Fällen, wo überhaupt eine syphilitische Infektion stattgehabt hat und wo aus den zeitlichen Beziehungen oder aus anderen Gründen es wahrscheinlich ist, dafs der Diabetes unter dem Einflusse der syphilitischen Infektion entstanden ist, vor einer antisyphilitischen Behandlung und selbst vor

energischer Quecksilberbehandlung nicht zurückschrecken dürfen. „Doch ist die Rolle, welche die Syphilis in der Ätiologie des Diabetes mellitus spielt, eine sehr untergeordnete, und auf diesem Wege erreichte Erfolge in der Behandlung des Diabetes mellitus gehören sicher zu den gröfsten Seltenheiten."

Nach NAUNYN giebt es aufser dem oben aufgeführten Material von syphilitischen Diabetesfällen in der Litteratur noch eine Reihe von Diabetesfällen bei Leuten, die vor unbestimmter Zeit oder vielen Jahren syphilitisch waren und später diabetisch wurden. Mit NAUNYN sind auch wir der Ansicht, dafs sie im allgemeinen keine weitere Berücksichtigung verlangen, um so weniger, als unter ihnen keiner mit auffallenden Erfolgen antisyphilitischer Kuren sei.

Auch Herr Geheimrat Dr. MAYER in Aachen hat, wie er mir brieflich freundlicher Weise mitteilte, gefunden, dafs von älteren diabetischen Männern viele in ihrer Jugend an Syphilis gelitten hatten, ohne dafs deshalb ein ursächlicher Zusammenhang sich durch den Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung zu erkennen gegeben habe. LENNÉ giebt an, dafs bei seinen Kranken vorangegangene eingestandene oder nachgewiesene syphilitische Infektion sehr selten gewesen sei. Bei diesen habe eine antiluetische Behandlung nicht den geringsten Einfluſs auf den Verlauf des Leidens gehabt.

Vielleicht nehmen jedoch jene Fälle eine besondere Stellung ein, wo sich der Diabetes zugleich mit einer Tabes dorsalis oder einer progressiven Paralyse syphilitischen Ursprunges paart. Die Kombination der Tabes mit Diabetes ist von ALTHAUS, REUMONT, FISCHER, GUINON und SOUCQUES, EULENBURG, OPPENHEIM, NAUNYN u. a. beobachtet. In einer Reihe von Fällen (REUMONT, EULENBURG und NAUNYN) ist die syphilitische Anamnese ausdrücklich festgestellt. Auch in den 4 Fällen NAUNYNs von progressiver Paralyse mit Diabetes findet sich in zweien Syphilis in der Anamnese.

Dafs in diesen Fällen die antisyphilitische Behandlung, wie ausdrücklich von REUMONT hervorgehoben, den Diabetes nicht mehr beeinflufst, kann nicht befremden. Denn das den Diabetes auslösende Leiden des Centralnervensystems kann eben selbst dadurch nicht mehr rückgängig gemacht werden.

Litteratur.

1. CANTANI, *Der Diabetes mellitus.* Übers. von HAHN. Berlin 1877.
2. MAURIAC, *Syphilis primitive et Syphilis secondaire.* 1890.
3. FOURNIER, *Syphilis du cerveau.*
4. Derselbe, *Leçons cliniques sur la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme.* 1881. 2me. édit.
5. LANG, *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.*
6. SAIKOWSKY, Über einige Veränderungen, welche das Quecksilber im tierischen Organismus hervorruft. *Virch. Arch.* 1866. Bd. 37.

7. v. Mering, *Wirkung des Quecksilbers.* Strafsburg 1879.
8. Chevallier, *Schmidts Jahrbücher.* Bd. 155. pag. 208.
9. Schnée, *Die Zuckerharnruhr.* Stuttgart 1888.
10. Dickinson, *Diseases of the Kidney.* I. London 1875.
11. Lancereaux, *Traité historique et pratique de la Syphilis.* Paris 1873.
12. Leudet, *Moniteur des sciences.* 1860.
13. Servantie, Des rapports du Diabète et de la Syphilis. *Thèse de Paris.* 1876.
14. v. Frerichs, *Über den Diabetes.* 1884.
15. Seegen, *Der Diabetes mellitus.* III. Auflage. 1893.
16. Rezek, Balneologische Beobachtungen über luetische Krankheiten in Teplitz-Schönau. *Wiener med. Presse.* 1877.
17. Lecorché, *Traité du diabète.* Paris 1877.
18. Jullien, *Traité pratique des maladies vénériennes.*
19. Jaksch, Über die durch Syphilis bedingten Lähmungen. *Allgem. Prager med. Wochenschr.* 1865. No. 44—52.
20. Eichhorst, *Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie.* III. Aufl. 1887.
21. Scheinmann, Diabetes mellitus und Syphilis. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1884. No. 40 u. 41.
22. C. Bassin, *De diabete mellito.* Inaug.-Dissert. Berlin 1865.
23. Dub, Ein Beitrag zur Lehre vom Diabetes mellitus. *Prager Vierteljahrsschr. f. d. prakt. Heilkunde.* Prag 1863. XX. I.
24. Ritter, Über Syphilis des Rückenmarks und sekundären Diabetes insipidus und mellitus. *Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde.* Dresden 1881.
25. Cyon, *De diabete mellito ejusque nexu cum cerebri et nervorum affectionibus.* Inaug.-Dissert. Berlin 1864.
26. Feinberg, Vier Fälle von Diabetes syphilitischen Ursprungs. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 6 u. 7.
27. Ozenne, Syphilis et Glycosurie. *Le mercredi médical.* 1894. No. 22.
28. J. Mayer, Über Diabetes mellitus im jugendlichen Alter. *Verhdlgn. d. Kongr. f. innere Medizin 1897.* S. 577 ff.
29. Lewin, } Ein Fall von syphilitischem Diabetes insipidus. *Monatsh. f. prakt.*
30. Saalfeld, } *Derm.* Bd. XVI. S. 366.
31. Pospelow, Ein Fall von Diabetes insipidus und Myxoedema syphilitischen Ursprungs. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIX. S. 125.
32. Decker, Zur Kasuistik des Diabetes mellitus syphiliticus. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 46.
33. Schulte, *Über Koincidenz von Diabetes mellitus und Syphilis.* Inaugural-Dissert. Jena 1887.
34. Lemonnier, Diabète syphilitique. *Annales de Derm. et de Syph.* 1888. Bd. IX. S. 398.
35. v. Noorden, *Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung.* 1895.
36. Joseph, *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* II. 1896.
37. Neumann, *Syphilis.* 1896.
38. Ober, *Die Erkrankungen des Pankreas.* 1898.
39. Birch-Hirschfeldt, Beitrag zur pathologischen Anatomie der hereditären Syphilis. *Arch. d. Heilkunde.* 1875. S. 166.
40. Hecker, Über kongenitale Syphilis. *Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 27.
41. Heubner, *Syphilis (hereditaria, acquisita tarda) im Kindesalter.* 1896.
42. Rosenthal, Ein Fall von chronischer interstitieller Pankreasentzündung. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1892. S. 401.

43. Hecker, Syphilis congenita innerer Organe. *Monatsschr. f. Geburtshilfk. u. Frauenkrankh.* 1869. S. 22.
44. Schlagenhaufer, Ein Fall von Pankreatitis syphilitica indurativa et gummosa acquisita. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 31.
45. Hansemann, Die Beziehungen des Pankreas zum Diabetes. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1894. Bd. 26.
46. Naunyn, *Der Diabetes mellitus.* 1898.
47. Reumont, Ein Fall von Tabes dorsalis kompliziert mit Diabetes mellitus. *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. S. 207.
48. Lenné, *Wesen, Ursache und Behandlung der Zuckerkrankheit.* 1898.
49. Blau, *Schmidts Jahrbücher.* 1884. Bd. 204.
50. Arnauld, De l'influence réciproque du Diabète sur la Syphilis et de la Syphilis sur le Diabète. *Thèse de Paris.* 1886.
51. K. Gruber, Zur Ätiologie des sogenannten Diabetes mellitus. *Zeitschr. f. klin. Medizin.* 1895. Bd. 27.

Aus der Praxis.

Pulvis cuticolor.

Von

P. G. Unna.

Ich weifs nicht, ob viele Kollegen in Deutschland die von H. G. Brooke in England ausgehende Idee in ihrer Praxis befolgt haben, als derselbe 1890 in *dieser Zeitschrift* vorschlug (Bd. 11, S. 62), unseren Salben und Pasten, soweit sie an Gesicht und Händen zur Verwendung kommen, stets eine richtige Hautfarbe zu erteilen. Allerdings ist diese rein praktische Frage für englische Verhältnisse besonders wichtig, da die Behandlung der Hautkrankheiten in England fast vollständig ambulatorisch gehandhabt wird und eine solche in Privatkliniken dort nahezu unbekannt ist. Aber auch für unsere Sprechstundenbehandlung gilt das Wort von Brooke, dafs eine nicht unsympathische Behandlungsweise viel mehr Aussicht hat, regelmäfsig und mit Ausdauer durchgeführt zu werden, als eine entstellende Form der Therapie.

Es erscheint mir daher nicht unzweckmäfsig, an dieser Stelle Mitteilungen deutscher Kollegen anzuregen über die Art und Weise, wie sie sich dieser praktischen Frage gegenüber bisher verhalten haben. Ich persönlich habe den Satz von Brooke, dafs die Hautfarbe immer aus drei Farben: weifs, rot und gelb (oder braun) gemischt sein mufs, praktisch und theoretisch durchaus berechtigt gefunden, letzteres deshalb, weil

die natürliche Hautfarbe auch aus dem Weifs des Kollagens, dem Gelb der zelligen Elemente, besonders der Oberhaut, und dem Rot des Blutes sich zusammensetzt.

Praktisch habe ich, ohne für die hauptsächlichsten Salben und Pasten besondere Formeln auszuarbeiten, als weifse Farbe: Zinkoxyd, Cerussa oder Bismuthum oxychloratum, als gelbe: den sog. weifsen (gelben) Ocker oder Ichthyol, nur bei dunkelhäutigen Individuen Umbra, wie BROOKE (und zwar nur die hellste Sorte von Umbra), als rote: den roten Bolus oder Zinnober, selten nur Karmin oder Alkanna benutzt.

Aufserdem hat dasselbe Prinzip der hautfarbenen Salben und Pasten zur Folge gehabt, einzelne gute alte Formeln zu bevorzugen, welche an sich eine dem Hautkolorit ähnliche Farbe ergeben. So die vor Jahren von mir angegebene Bleiessigpaste, die aus Lithargyrum und Essig gekocht wird — für Handekzeme, die Zinnober-Schwefelpaste (Zinkschwefelpaste + Zinnober) — nach dem Vorgange von LASSAR bei Ekzem. So endlich auch Salben und Pasten von Galmei, wie die alte RADEMACHERsche Salbe:

Calaminae	
Boli rubrae	
Lythargyri	
Cerussae	8,0
Camphorae	1,0
Cerae flavae	12,0
Adipis suilli	48,0

Auch verdiente der Galmei (Zinkblende, unreines kohlensaures Zinkoxyd), welcher in England den Hauptbestandteil aller im Volke gebräuchlichen Puder und Wischwässer gegen Ekzeme ausmacht, bei uns mehr als bisher zur Behandlung herangezogen zu werden, da er mit guter Wirkung ein unauffälliges, hautähnliches Kolorit verbindet.

Diese rötlichen und gelblichen Erden und Metalloxyde haben den einen Vorzug vor den organischen Farbstoffen, dafs sie niemals durch Leuchtkraft und Reinheit der Farbe auf der Haut auffällig werden, und den zweiten, dafs man in ihrer Verschreibung ziemlich ungeniert in weiten Grenzen sich bewegen kann, also von festen Formeln unabhängig ist. Andererseits unterliegt es wohl keinem Zweifel, dafs der grofse Reichtum der Neuzeit an organischen Farben jeder Nüance es gestatten wird, für alle unsere gebräuchlichen Salben, Pasten und Puder noch genauer der Hautfarbe entsprechende Formeln aufzustellen — ein günstiges Arbeitsfeld für jüngere Dermatologen.

Nur ein Präparat von Hautfarbe hat sich seit einer Reihe von Jahren in meiner Praxis mit fester Formel erhalten, welches ich bei allen Affek-

tionen der unbedeckt getragenen Körperstellen als recht praktisch empfehlen kann, ein hautfarbener Puder, Pulvis cuticolor:

Zinci oxydati	2,0
Magnesiae carbonicae	3,0
Boli albae	3,0
Boli rubrae	2,0
Amyli oryzae	10,0

M. f. Puder zum Aufwischen.

Ich lasse diesen Puder durch altes Leinen beuteln, sodafs er ungemein fein zur Anwendung kommt.

Derselbe ist ganz unauffällig und thut bei seborrhoischen Ekzemen des Gesichts, bei Rosacea und Hyperidrosis oleosa sehr gute Dienste.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 43 und 44. 1898.

Festschrift für F. J. Pick.

(Fortsetzung; s. Ref. S. 181 ff. in Heft 4.)

II. Teil.

I. **Über eine seltene Form von Atrophie der Haut,** von J. Neumann-Wien. Der Verfasser stellt zunächst die Krankengeschichten der bisher in der Litteratur publizierten Fälle von idiopathischer Atrophie der Haut zusammen und beschreibt dann ausführlich einen in seiner Behandlung stehenden Fall. Der Patient ist 32 Jahre alt; seit zwei Jahren leidet er an seiner Hautkrankheit, die bei der Aufnahme des Patienten in die Klinik über den gröfsten Teil der Körperoberfläche, besonders stark am Stamm, den Oberarmen und Unterextremitäten verbreitet ist, Gesicht, Hals, Scrotum freiläfst. An den seitlichen Thoraxpartien sieht man die Haut in symmetrischer Weise vom Rippenbogen bis zur Brustwarze und gegen die Axilla hin und in ganz gleicher Weise am Rücken bis zu den Nates diffus gerötet, an einzelnen Stellen bräunlichrot, an anderen mehr livid, allenthalben gerunzelt, „zerknittertem Cigarettenpapier" vergleichbar, merklich verdünnt und atrophisch. Überall besteht Abschilferung der Epidermis, teils fein kleienförmig, teils in Form gröfserer, dünner, mattweifser oder etwas glänzender, durchsichtiger, meist festhaftender Schüppchen; letztere sind fleckweis in etwas vertiefte Hautfelder eingelagert, die nach Ablösung der Schuppen als dunkelrote, mit dünner, runzlicher Epidermisdecke versehene Stellen erscheinen. Mit Ausnahme von spärlichen Lanugohärchen an weniger stark ergriffenen Partien fehlen die Haare fast vollständig. Der Patient hat, abgesehen von leichtem Frösteln, geringem Jucken und allgemeiner Mattigkeit keine ernsten Beschwerden. Unter dem Gebrauche von Arsenik wird die ursprünglich dunkle Rötung weniger auffällig, die Haut mehr braun gefärbt, die Schuppen zum Teil abgestofsen. Jucken und Frösteln haben nachgelassen. — Im folgenden beschreibt Verfasser einen

zweiten von ihm beobachteten Fall und teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung excidierter Hautstückchen beider Fälle mit. Aus den klinischen und histologischen Befunden ergiebt sich, „dafs dem Ausgange des Krankheitsprozesses, der sich klinisch als Atrophie darstellt, ein schleichender tropho-neurotischer Entzündungsprozefs vorausgeht, der sich hauptsächlich in den oberen Cutislagen abspielt, einerseits zu Schwund und Atrophie des Papillarkörpers der Talg- und Schweifsdrüsen und Haare führt, andererseits Hypertrophie und Sklerose des neugebildeten Bindegewebes gleichwie des elastischen Gewebes der tieferen Cutis erzeugt, die demgemäfs beträchtlich verdickt und in ihrer Struktur entsprechend verändert erscheint. Die Veränderung manifestiert sich schon makroskopisch beim Excidieren eines Hautstückchens durch das Kreischen des Gewebes beim Eindringen des Messers und mikroskopisch durch das verschiedene Verhalten der Gewebselemente gegenüber den Farbstoffreagentien etc. Die Rundzellenwucherung, die reichlichere Vaskularisation und das gehäufte Vorkommen von Mastzellen weisen darauf hin, dafs in den oberen Cutislagen eine chronische Entzündung sich abspiele, die endlich zur Atrophie führt. Dem klinischen Bilde der Hautfelderung mit seinen erhabenen Leisten und etwas eingesunkenen weifsen Flecken entsprechen histologisch die vorgewölbten, noch infiltrierten Partien und die bereits atrophischen Stellen. Indem die gröfstenteils stark verdünnte oberflächliche Lage einer dichten festen Unterlage aufruht und leicht über derselben verschoben werden kann (histologisch findet sich hier an der Grenzzone das elastische Gewebe am reichlichsten), kommt jenes eigenartige Bild zu stande, dafs die Haut „wie von einem gebratenen Apfel“ abgehoben werden kann oder „zerknittertem Cigarettenpapier“ ähnlich sieht. Der relative Reichtum an glatten Muskelzellen und elastischem Gewebe ist darauf zurückzuführen, dafs durch partiellen Untergang von Bindegewebe jene Gebilde prävalieren.“

II. **Über die Behandlung des Favus der behaarten Kopfhaut**, von O. v. Petersen-St. Petersburg. Verfasser giebt zunächst einen Überblick über die Häufigkeit des Vorkommens des Favus in verschiedenen Ländern. Aus der kurzen Zusammenstellung der statistischen Daten geht hervor, dafs, je günstiger die hygienischen Verhältnisse sind, desto seltener der Favus vorkommt, dafs Reinlichkeit vor allem vor Favus schützt und denselben wohl auch beseitigen hilft. Eine gründliche Desinfektion wird, da es sich um eine Infektion handelt, an erster Stelle am Platze sein. Im folgenden werden die bewährtesten in der Litteratur publizierten Behandlungsmethoden mitgeteilt. Hierbei kommt die Frage der Epilation der Haare in Betracht. Verfasser hält dieselbe nicht unter allen Umständen für notwendig und ist in der Lage, über Fälle zu berichten, die ohne Epilation unter konsequenter, lange fortgesetzter Behandlung abgeheilt sind. Im ganzen hat er in den letzten 10 Jahren 13 Fälle von Favus zu behandeln gehabt, davon 4 in der Privatpraxis, 4 stationär und 5 poliklinisch. Aber nur drei Patienten haben die Kur konsequent durchgeführt. Diese besteht darin, dafs der Kopf mit einer 1%igen Karbolsäure-Vaseline tüchtig eingesalbt wird, worauf der Patient eine Wachstuchmütze (Badehaube) aufsetzt. Nach 24 Stunden wird sie abgenommen, die Borken (Scutulae) kann man dann entfernen und den Kopf waschen. Dieses wird einige Tage hindurch wiederholt, bis der Kopf rein ist. Nun kommt der zweite Akt der Kur, das Bepinseln der Kopfhaut mit Tinct. Jodi, wobei die Haare ebenfalls einen Teil erhalten. Tritt gelegentlich Reizung der Kopfhaut auf, so pausiert man für 1—2 Tage mit der Pinselung. In der ersten Zeit läfst Verfasser noch 2 Tage in der Woche auch die Karbolvaselinsalbe anwenden, später nach einigen Wochen genügt es, die Jodpinselung nur zweimal wöchentlich vorzunehmen und so lange fortzusetzen, als sich noch kleine Schuppen bilden und sich in denselben der Achorionpilz findet.

III. **Ein Fall von ungewöhnlichem Favus**, von PETRINI DE GALATZ-Bukarest. Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über die Entstehung, Verbreitung und Lokalisation des Favus beschreibt Verfasser einen atypischen Fall von Favus der behaarten Kopfhaut, Favus ohne Scutulum. Die Krankheit begann bei der 16jährigen Patientin vor ca. 9 Jahren mit einigen kleinen Bläschen im Bereiche der rechten Regio parietalis, die Jucken verursachten und aufgekratzt wurden. An der Stelle der Bläschen zeigten sich dann Krusten. Die Affektion breitete sich langsam nach allen Richtungen aus. Die angewandten Mittel erwiesen sich als erfolglos. Im Februar 1897 kam die Patientin in die Behandlung des Verfassers. Derselbe konstatierte in der rechten Regio parietalis das Vorhandensein einer roten, 12 cm langen, 7 cm breiten Fläche ohne die geringsten Borken. Nach 8 Tagen zeigte sich der rote Fleck mit weifsgelblichen Borken bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung der Krusten und Haare ergab die Anwesenheit des Favusparasiten. Die Behandlung bestand zunächst in Abgrenzung der erkrankten Partie durch Epilation gesunder Haare in einer 1 cm breiten Schutzzone. Zur Entfernung der Krusten wurden Bor-Stärkeumschläge appliziert. Nach Waschung der Haare mit Spiritus saponatokalinus und Kürzung derselben wurde die Epilation der ganzen erkrankten Partie vorgenommen, hierauf diese mit einer Lösung, bestehend aus 100 g sterilisiertem Olivenöl, 10 g Chloroform, 0,15 g Sublimat eingerieben. Die weitere Behandlung besteht in täglichen Seifenwaschungen mit warmem Wasser, sodann in Abspülen mit Sublimatlösung (1 : 4000) am Abend, am Morgen wird die Kopfhaut mit einer Lösung von 150 g Kampferspiritus, 0,05 g Sublimat, 1,0 g Salicylsäure eingerieben. Die Haut wird rot und glänzend. Nach 2—3 Monate fortgesetzter Behandlung werden bei erneuter Bildung von Krusten Seifenwaschungen ordiniert, hierauf Applikation von folgender Salbe:

℞ *Resorcin*,
Acid. salicyl. ā 1,0,
Ichthyol 2,0,
Sulfur. praecipit. 3,0,
Vasel. 30,0,
Lanolin. 10,0.
M. f. ung.

Abends Waschungen mit Seife und Sublimat (1:4000). Bei Recidiven wird event. neue Epilation vorgenommen. — Mit den von der kranken Partie stammenden Haaren wurden Reinzüchtungen des Achorion Schoenleini vorgenommen. Die gewonnenen Kulturen ähnelten den aus dem Laboratorium KRÁL in Prag stammenden. Verfasser erörtert kurz die Frage der Multiplicität der Pilzarten, welche Favus erzeugen sollen. Ohne die Frage zu entscheiden, hält Verfasser es für feststehend, dafs das Nährsubstrat, die Temperatur, der Feuchtigkeitsgrad die Entwickelung des Parasiten beeinflussen, und dafs die Kulturen dementsprechend ein mehr oder weniger verschiedenes Aussehen zeigen können. — Der vorliegende Fall ist als anormal, atypisch zu bezeichnen, weil bei der Patientin selbst nach mehrmonatlicher Beobachtung kein wirkliches Scutulum entdeckt werden konnte und weil die schuppenden und Krusten bildenden Herde sich an einem ganz umschriebenen Flecke des Kopfes lokalisierten und während mehrerer Jahre auch an dieser Stelle allein lokalisiert blieben. — Bezüglich der Behandlung bemerkt Verfasser: Keine einzige Methode, welche die Epilation ausschliefst, verdient irgend welches Vertrauen. Eine einzige Epilation genügt niemals, da trotz der gröfsten Aufmerksamkeit immer noch Haare zurückbleiben, deren Wurzel nicht mit entfernt wurde." (NB. Vergl. im Gegensatz hierzu das Referat über den Aufsatz von PETERSEN, pag. 247. Ref.)

IV. **Tabes mit Meningitis syphilitica nebst Bemerkungen über die Genese der sogenannten „neugebildeten" Elastica bei Endarteriitis obliterans**, von FRIEDEL PICK-Prag. Der Verfasser beschreibt die Krankengeschichte der 28jährigen Patientin, die im Jahre 1887 Erscheinungen einer beginnenden, nach 5 Jahren alle Symptome der vollentwickelten Tabes gezeigt hatte (reflektorische Pupillenstarre· Fehlen der Patellarreflexe, Ataxie der oberen und unteren Extremitäten bei geschlossenen Augen, vorübergehende Abducenslähmung, ROMBERGsches Phänomen etc.). Die Sektion des letal verlaufenen Falles ergab neben geringer chronischer Tuberkulose der Lungenspitzen und mäfsiger Verdickung der Meningen des Gehirns namentlich an der Basis, am Rückenmarke starke chronische Meningitis mit Einlagerung käsiger Massen und durch Verwachsung sämtlicher Häute bedingter vollständiger Umschliefsung des mittleren Dorsalmarkes; ferner HEUBNERsche Endarteriitis obliterans der Arteria spinalis anterior in allen Segmenten und zahlreicher anderer Gefäfse der Meningen, der Arteria basilaris; aufserdem Hinterstrangsklerose, im Sakralmarke ausgebreitet, dann nach oben zu rasch abnehmend und auf die GOLLschen Stränge sich beschränkend, Degenerationen im mittleren Teile der BARDACHschen Stränge vom obersten Dorsalmarke, Degeneration einzelner hinterer Wurzeln im Lumbal- und mittleren Dorsalmarke, Schwund der Fasern der CLARKEschen Säulen. Das histologische Bild der hochgradigen Meningitis ist vorwiegend charakterisiert durch kleinzellige Infiltration mit stellenweise bestehender Anordnung zu miliaren Herden und Nekrose. Für die Frage der Ätiologie dieser Meningealveränderung kommen Tuberkulose und Syphilis in Betracht. Gegen die Annahme eines tuberkulösen Ursprunges derselben sprachen die sehr geringfügigen tuberkulösen Veränderungen in den Lungen, das Fehlen von Erscheinungen irgend einer miliaren Dissemination, die bei einem zu Verkäsung neigenden Prozesse ungewöhnlich geringe Zahl von Riesenzellen und der völlig negative Befund von Tuberkelbacillen. Für die Auffassung der Meningealerkrankung als einer luetischen spricht die vollständige Identität des mikroskopischen Bildes im vorliegenden Falle mit dem anderer, vom Verfasser beobachteter und sicher als gummös resp. syphilitisch konstatierter Fälle. Die Frage, ob es sich im vorliegenden Falle um echte Tabes handle, bejaht Verfasser auf Grund der klinischen Symptome und der anatomischen Befunde, wie sie zum klassischen Bilde der Tabes gehören. Eingehend wird sodann die Frage erörtert, welcher Art die Beziehungen zwischen Tabes und der Meningitis seien. Zwei Möglichkeiten sind vorhanden, entweder stellt die Meningitis nur eine Komplikation mit einer von ihr unabhängigen tabischen Erkrankung des Rückenmarks dar oder aber sie steht in einem kausalen Zusammenhange zu derselben. Da die stärksten tabischen Veränderungen sich in dem von Meningitis fast ganz freien Lumbal- und Sakralmarke finden, so glaubt Verfasser, dafs mit Rücksicht darauf die Tabes und die Meningitis als voneinander unabhängige Prozesse anzusehen seien, und es gerechtfertigt erscheine, den Fall als Tabes mit Meningitis syphilitica zu bezeichnen. Von Interesse ist schliefslich die Frage nach dem Zustandekommen der zweiten Membrana elastica bei der luetischen Endarteriitis obliterans. Verfasser glaubt auf Grund seiner histologischen Befunde annehmen zu müssen, dafs die ganze Auffassung der zweiten Membrana elastica als „neugebildetes" Produkt der Intimawucherung unrichtig und dieselbe vielmehr als durch Abhebung einzelner Schichten der ursprünglichen Membrana fenestrata infolge der Erkrankung der Aufsenhäute entstanden anzusehen sei.

V. **Ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem**, von FELIX PINKUS-Berlin. Der Ausschlag bei der 30jährigen Patientin besteht seit 16 Jahren

und ist am schlimmsten in der kalten Jahreszeit. Er verursacht nicht die geringsten Beschwerden. Stark befallen sind besonders Hals, Brust, Oberbauchgegend, Hüftgegend und Rücken. Frei sind Gesicht, behaarte Kopfhaut, Unterschenkel und Füfse. Charakterisiert ist der Ausschlag durch linsen- bis bohnengrofse, unregelmäfsig begrenzte, rote, mit ganz dünnen lamellösen Schuppen bedeckte Herde. Im Bereich der Herde ist die Hautfelderung vergröbert, die Haut in leichtem Grade lichenifiziert. Nach Entfernung der sehr festhaftenden Schuppen sieht man eine feuchte Fläche, auf der nur selten Blut hervortritt. Zwischen diesen Efflorescenzen stehen in geringerer Zahl stecknadelkopfgrofse rote, ziemlich scharf abgesetzte und stärker über das Niveau der umgebenden Haut hervortretende Herde ohne Schuppung. Diese schuppenlosen kleinen Knötchen finden sich besonders an der Beugeseite der Arme. Sie erreichen höchstens Halblinsengröfse und zeigen, sobald sie gröfser als Stecknadelköpfe werden, auf der Oberfläche eine kleine Schuppendecke. Die sichtbaren Schleimhäute sind intakt, die Lymphdrüsen nirgends vergröfsert. — Der Verfasser teilt im folgenden ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit. Histologisch lassen sich drei verschiedene Efflorescenzen in dem beschriebenen Knötchen unterscheiden: 1. Einen zur Verhornung neigenden, vom übrigen Epithel leicht zu unterscheidenden, aber noch durch allmählichen Übergang mit ihm in fester Verbindung stehenden Bezirk; einen das Rete Malpighi und die unteren Partien dieser parakeratotischen Zone durchsetzenden Leukocytenschwarm. 2. Einen ähnlichen Epithelbezirk, der im Centrum sich durch eine distinkte Grenzschicht gegen das darunterliegende proliferierende Rete abgesetzt hat, in der Peripherie völlig der vorigen Efflorescenz gleicht; im Centrum eine Durchsetzug der parakeratotischen Teile mit Leukocyten und Auflagerung von Leukocyten auf ihre Oberfläche, in der Peripherie Verhalten der Leukocyten wie sub 1. 3. Eine nur an wenigen Punkten noch mit der Unterlage fest verbundene, an den meisten Stellen durch dicke, normal geschichtete Hornschicht von ihr getrennte Hornschuppe, auf deren Oberfläche stets Leukocytenreste liegen. — Betrachtet man diese drei Efflorescenzen als aufeinanderfolgende Stadien eines Prozesses, so ergiebt sich als Entwickelungsgang die Bildung eines hornähnlichen Epithelscutulums, das durch vermehrte Wucherung der Retezellen in die Höhe gehoben und durch eine unter ihm neugebildete normale Hornlage aus dem organischen Zusammenhang losgelöst wird. — Der histologische Befund stimmt im ganzen mit dem ähnlicher Fälle, die Neisser, Jadassohn, Juliusberg beschrieben haben, überein.

VI. **Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose oder Syringomyelie**, von Alexis Pospelow-Moskau. Trophische Hautveränderungen sind bei der Syringomyelie nahezu Regel, wie H. Schlesinger in seiner Monographie über die Syringomyelie annimmt. Man findet aktive und passive Hyperämien in Form von diffuser oder fleckenartiger Rötung, lebhaftem Erythem, erhöhter Temperatur oder gelblich-bläulicher bis blauschwarzer, livider Verfärbung, herabgesetzter Temperatur, Kältegefühl bis zur Gangrän der Haut. Wie aus der einschlägigen Litteratur ersichtlich ist, ist bei der spinalen Gliomatose nicht selten die Thätigkeit der Vasomotoren erhöht und leicht reizbar, und zwar auf den von der Anästhesie verschonten Hautbezirken. Von ferneren Hauterscheinungen begegnet man in einzelnen Fällen Quaddelbildung auf Druck oder Stich, vermehrte Schweifssekretion mit ihren Folgen, Intertrigo, Sudamina, Ekzem, in anderen Fällen Störungen in der Fettabsonderung, Asteatose oder übermäfsige Trockenheit, ferner Verdickungen des Unterhautzellgewebes, erythematöse Infiltrate, Herpes zoster, Verbrennungen, phlegmonöse Entzündungen mit Gangrän, Decubitus, chronisch verlaufende Dermatitiden, Schwielen, Rhagaden, Warzen, Deformitäten der Nägel, Atrophien der Haut, Pigmentierung,

Narben- und Keloidbildung, chronische Hautgeschwüre mit kallösen und anästhetischen Rändern, Malum perforans pedis, Sklerodermie, Sklerodaktylie etc. etc. Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall bei einer 36jährigen Fabrikarbeiterin, die folgende Symptome der Gliomatosis oder Syringomyelie mit Begleiterscheinungen von Seiten der Hautdecke aufwies: Lokale Asphyxie der Extremitäten oder Raynaudsche Affektion, Autographismus, partielle Thermanästhesie und Analgesie, partielle Muskelatrophie der rechten Hand, schmerzlose Panaritien oder Morvanschen Symptomenkomplex, Sklerodaktylie im Zusammenhang mit der Raynaudschen Affektion, Erythromelalgie, Herpes zoster irregularis gangraenosus.

VII. **Über Kalomeleinreibungen bei Syphilis**, von J. H. Rille-Wien. Nach einem kurzen historischen Überblick auf die mannigfachen Modifikationen in der Technik der Einreibungskur und die zahlreichen Versuche, die gemacht wurden, um Übelstände und Unbequemlichkeiten derselben zu vermeiden, teilt Verfasser seine eigenen Versuche mit Kalomeleinreibungen bei Syphilis mit. Er bediente sich der Salbenkomposition von Bovero:

℞ *Calomel vapor. parat.* 0,5—0,75—1,0,
Lanolin 3,0,
Butyr. Cacao 1,0.

Es wurde zumeist 1,0 g Calomel pro inunctione, in 2 Fällen sogar je 3 g verwendet, und diese Einreibungen täglich gemacht. Die einzelne Einreibung erschien in entschieden kürzerer Zeit vollendet als eine mit entsprechender Menge Unguentum hydrargyr. cin. und war gewöhnlich schon nach 10 Minuten in die Haut der eingeriebenen Körperpartie eingedrungen. Die Salbe wurde von den Patienten ausgezeichnet vertragen. Bei 16 Kranken der Klinik des Herrn Prof. Neumann wurden diese Inunktionen ausgeführt. Nach der Ansicht des Verfassers ist die Behandlungsweise jedoch gänzlich unwirksam. Die Krankengeschichten der 16 Fälle werden im folgenden mitgeteilt. Die Unwirksamkeit der Kalomeleinreibungen gegenüber den Quecksilberinunktionen wird in der Weise erklärt, daſs nach der neueren Anschauung das Quecksilber nicht vom Unterhautzellgewebe, sondern vorwiegend bei der Lungenatmung in Dampfform resorbiert werde. Während also das metallische Quecksilber schon bei gewöhnlicher Temperatur verdunstet, ist das beim Kalomel nicht der Fall und demnach eine Absorption weder von seiten der Haut, noch der Lungenatmung möglich. Die Versuche des Verfassers scheinen weiteres Beweismaterial zu liefern gegen die Anschauung von der Permeabilität der intakten Haut und für die Richtigkeit der Theorien von Welander und Merget.

VIII. **Über Symptome der Urethritis totalis**, von S. Róna-Budapest. Der Verfasser resumiert seine Betrachtungen in folgenden Schluſssätzen: 1. Von 160 akuten Urethritisfällen waren nur 26 (also kaum 1/6) Urethritis anterior; 22 (also circa 1/6) Urethritis posterior mit feingetrübter ersten und krystallreiner zweiten Harnportion (Urethritis prostatica) und 112 (also mehr als 5/6) Urethritis posterior mit mehr oder weniger trüben zweiten Harnportion. 2. Häufiger Harndrang kann sich selbst bei Urethritis anterior einstellen (unter 26 Fällen bei 6 beobachtet). 3. Häufiger Harndrang wurde unter 22 Fällen von Urethritis posterior mit feingetrübter ersten und klarer zweiten Harnportion (Urethritis prostatica) nur bei 1/6, häufige Pollutionen bei weniger als der Hälfte der Fälle beobachtet. Terminale Blutung wurde bei diesen nie beobachtet. 4. Diese Form (Urethritis prostatica nach M. v. Zeissl) ist also nicht zu leugnen und scheint in den meisten Fällen das Anfangsstadium der nachfolgenden zu sein. 5. Die totalen Urethritiden mit zweitem trüben Harn, ja selbst die durch Prostatitis, Vesiculitis, Epididymitis komplizierten sind in der groſsen Mehrzahl der

Fälle auch nicht zeitweilig durch vermehrten Harndrang, häufige Pollutionen und Schmerz in der hinteren Harnröhre begleitet und nur in verschwindend kleiner Zahl (unter 112 in 13 Fällen) durch terminale Blutung kompliziert. 6. Die Regurgitationsfrage bleibt offen. 7. Verfasser neigt zu der Annahme, dafs in den meisten Fällen der Urethritis mit zweitem trüben Harn die Falte des Orificium internum vesicae mehr oder weniger mit erkrankt ist. 8. Die terminale Blutung ist immer ein Zeichen der intensiven Erkrankung des Orificium internum vesicae. 9. Der Sitz der terminalen Blutung ist die Falte des Orificium vesico-urethrale.

IX. **Beitrag zur Hauttuberkulose,** von O. Rosenthal-Berlin. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der die interessante Eigentümlichkeit besitzt, dafs er Träger von verschiedenen, allgemein anerkannten Formen von Hauttuberkulose ist. Während im Gesicht die knotige Form des Lupus vulgaris prävaliert, zeigt der Vorderarm sowohl das eigentliche Scrophuloderma, welches den Charakter des im Zerfall begriffenen Gumma darbietet, sowie sinuöse, teils schmierige, teils mit fungösen Granulationen bedeckte Ulcerationen, die immer noch als die eigentliche Hauttuberkulose angesehen werden. Auf dem Handrücken schliefslich besteht eine Affektion, welche, für sich allein betrachtet, ohne Berücksichtigung der anderen Krankheitsherde an demselben Individuum alle charakteristischen Merkmale der von Riehl und Paltauf beschriebenen Tuberculosis verrucosa cutis darbietet: weder ist eine Spur von Narben in der Umgebung des Krankheitsherdes sichtbar, noch sind bei genauester Untersuchung typische Lupusknoten zu bemerken. Das gleichzeitige Bestehen dieser verschiedenen Formen an einem und demselben Individuum mag als kleiner Beweis dienen, wie verwandt alle diese Prozesse untereinander sind. Den primären Herd bildete eine Stelle im Gesicht, die später für die übrigen ergriffenen Körperteile als Infektionsquelle gedient hat. — Die mikroskopische Untersuchung excidierter Stückchen von allen Formen ergab keine neuen Thatsachen. Tuberkelbacillen fanden sich an allen Stellen nur sehr spärlich. Die wesentlichsten Befunde sind im Stratum papillare und subpapillare vorhanden. Hier sieht man neben diffusen, der Hautoberfläche oft parallelen Rundzelleninfiltraten typische Tuberkel mit vielfachen Riesenzellen. Die Schweifsdrüsen sind überall vollständig erhalten, die Talgdrüsen im Bereiche der Infiltrate nicht mehr vorhanden. — Die mikroskopische Untersuchung bietet keine bestimmten Merkmale, um die Tuberculosis verrucosa cutis als eine besondere Art der Hauttuberkulose anzusprechen. Sie ist nur eine Form des Lupus vulgaris.

X. **Über die Verbreitung der Leprabacillen von den oberen Luftwegen aus,** von Schäffer-Breslau. Die Veranlassung zur vorliegenden Arbeit gab eine Publikation von Flügge über „die Luftinfektion". Der Autor wies in einer Reihe interessanter Experimente nach, dafs die durch einen Spray erzeugten feinsten Tröpfchen keimhaltiger Flüssigkeit durch ungeahnt langsame Luftströmungen in der Luft gehalten und weit fortgetragen werden können, und dafs auch beim Sprechen, Husten, Niesen ein Verschleudern sehr feiner und leicht transportabler Tröpfchen des Mund- und Nasensekretes stattfindet. Bei der sehr häufigen Lokalisation lepröser Infiltrate auf der Schleimhaut des Mundes, der Nase und des Kehlkopfes, bei der bekannten Thatsache, dafs sich in leprösen Schleimhautinfiltraten noch gröfsere Bacillenmengen vorfinden, als dies schon in den Hautlepromen der Fall ist, lag es nahe, Versuche anzustellen, inwieweit ein Ausschleudern von Bacillen beim Sprechen, Husten, Niesen der Leprapatienten stattfinde, zumal die letzteren häufig an starkem Speichelflufs leiden. — Zuerst wurde die praktisch wichtigste Frage der Bacillenausscheidung beim gewöhnlichen Sprechen geprüft. Dies geschah in der Weise, dafs der

Patient wie bei der gewöhnlichen Unterhaltung zehn Minuten lang sprach (las oder zählte), nachdem vor ihm eine grofse Anzahl Objektträger dicht nebeneinander auf einem Tischchen ausgebreitet worden war. Nach zehn Minuten waren die einzelnen Gläschen mit sehr zahlreichen, verschieden grofsen Tröpfchen bedeckt. Die meisten Tröpfchen gelangten auf eine unmittelbar vor dem Sprechenden liegende Fläche von etwa 30 cm Breite und 50 cm Länge. Die Objektträger blieben liegen, bis sie lufttrocken waren, wurden über der Flamme fixiert und nach ZIEHL-NEELSEN gefärbt. In den ausgeworfenen Massen fanden sich sehr reichliche Epithelien, Leukocyten und mannigfache Mundbakterien. Die Untersuchungen auf Leprabacillen ergaben stets positive Resultate; in zehn Minuten wurden mehrere Tausende gut färbbarer Leprabacillen ausgeworfen. Die Anzahl derselben in den einzelnen Tröpfchen schwankte aufserordentlich. Bei einigen Versuchen liefsen sich Bacillen noch in einer Entfernung von $1^1/_2$ m nachweisen. Der Versuch durch therapeutische Mafsnahmen dem Auswerfen von Bacillen Einhalt zu thun, gelang selbst durch gründliche Ausspülung der Mundhöhle mit nachfolgender Ätzung der zugänglichen erodierten oder ulcerierten Flächen mit dem Höllensteinstift nur unvollkommen. — Beim Husten der Kranken war eine weit geringere Verschleppung der Bacillen zu konstatieren. Dagegen wurden beim Niesen aufserordentlich zahlreiche Leprabacillen entleert. Selbst wenn ein grofser Teil der auf solche Weise ausgeschiedenen Leprabacillen noch lebensfähig wäre, was übrigens noch nicht feststeht, so glaubt Verfasser dennoch kein allzu beunruhigendes Moment darin erblicken zu müssen, weil die klinische Erfahrung gelehrt hat, dafs die Gefahr der Lepraübertragung thatsächlich aufserordentlich gering ist. Die Ursache, weshalb trotz der reichlichen Gelegenheit zur Aufnahme von Bacillen in der Umgebung der Leprösen eine Infektion nur selten zu stande kommt, ist bisher ganz unbekannt. — In praktischer Beziehung, z. B. bei der Festsetzung hygienischer Bestimmungen, wird es von Nutzen sein zu wissen, dafs die Verschleppung der Bacillen von den oberen Luftwegen aus der relativ wichtigste und vielleicht häufigste Verbreitungsmodus ist.

XI. **Über den Ursprung der weichen Naevi**, von ADAM SCHEUBER-Riga. Verfasser hat seine Untersuchungen an zwei Naevi angestellt, die er einer 20jährigen Patientin mit Ulcus molle exstirpierte. Die in Sublimatalkohol gehärteten Naevi wurden in Alauncochenille im Stück durchgefärbt, in Paraffin eingebettet und in Serienschnitte zerlegt. — Bei dem ersten untersuchten Naevus bemerkt man die Hauptveränderungen in der Epidermis und den derselben unmittelbar anliegenden Teilen der Cutis. Schon bei schwacher Vergröfserung fällt die stärkere Pigmentierung der Epidermis auf. Dieselbe ist am intensivsten im centralen Teile des Naevus und verliert sich allmählich gegen die Umgebung; am stärksten pigmentiert erscheinen, wie auch normaler Weise, die tiefen pallisadenförmigen Zellen der Epidermis. Diese Pigmentation reicht jedoch meist über mehrere Zellschichten, und nicht selten ist auch das Stratum corneum deutlich pigmentiert. Die Abgrenzung gegen die Cutis ist nicht überall scharf, sondern es finden sich stellenweise Epithelfortsätze, die von den untersten, pallisadenförmigen Zellen ausgehen. Neben diesen Veränderungen bemerkt man hauptsächlich in den den mittleren Partien des Naevus entsprechenden Schnitten sowohl mitten im Epithel als auch sehr häufig an der Spitze der Epithelzapfen Nester, die rings von normalen, gegen die Einlagerung sich allmählich abplattenden Epithelzellen umgeben sind. Für die Anschauung, dafs man es hier mit Gebilden zu thun hat, welche entweder noch Epithelien darstellen, oder aus dem Epithel hervorgegangen sind, sprechen folgende Punkte: 1. Die Lage dieser Einschlüsse im Epithel in einer Art und Weise, die es zur Gewifsheit macht, dafs sie in loco aus dem vorhandenen Zellmaterial entstanden sind, denn die Zellen der Um-

gebung platten sich gegen diese Nester sozusagen in der physiologischen Norm ab. 2. Die Lagerung derselben: Zelle an Zelle derselben Art unmittelbar angereiht. 3. Der Habitus derselben: protoplasmareiche Zellen mit grofsem, rundlichen bis längsovalen, granulierten Kern. 4. Die Pigmentation: Sie können ebenso pigmentiert sein wie die Epithelzellen der Epidermis. — In den obersten Schichten des Coriums findet man gleichfalls abnorme Zelleinschlüsse; es sind dies die für den Naevus typischen, meist in Ballen und Strängen angeordneten Zellmassen, die in ihrer Struktur und Beschaffenheit noch den oben beschriebenen Zellnestern in der Epidermis vielfach gleichen und von diesen nur durch ihre Lage im Corium sich unterscheiden. — Bei dem zweiten untersuchten Naevus war die Pigmentation bedeutend geringer; sie beschränkte sich gröfstenteils auf die untersten Schichten des Epithels; in den Naevuszellmassen des Coriums war sie nur in geringem Grade nachweisbar. Einschlüsse in der Epidermis wurden nicht beobachtet. Der epitheliale Charakter der Zellen war lange nicht so ausgesprochen wie bei dem vorigen Naevus; beweisend aber dafür, dafs auch dieser Naevus vom Deckepithel seinen Ursprung genommen hatte, waren die bei genauer Durchsicht der Präparate sich ergebenden direkten Übergänge zwischen dem Epithel der Epidermis und dem Naevusgewebe. — Die Untersuchungen an Schnitten von fünf anderen weichen Naevi, die verschiedenen Personen exstirpiert wurden, bestätigten die eben beschriebenen Befunde. Stets liefsen sich vom Deckepithel ausgehende Fortsätze verfolgen, die in direktem Zusammenhange mit den im Corium sich befindenden Naevuszellhaufen standen. — In dünnen Schnitten, die nach der van Gieson'schen Methode oder noch besser nach Kromayers Epithelfaserfärbemethode gefärbt waren, liefs sich der Mangel der Epithelfaserung im Naevusgewebe gegenüber der feinen Protoplasmafaserung des Deckepithels deutlich erkennen. — Auf Grund der vorstehenden Beobachtungen hält Verfasser sich zu dem Schlusse berechtigt, dafs die Naevuszellen den Epithelzellen ihren Ursprung verdanken; der erwähnte Mangel der Epithelfaserung steht damit keineswegs in Widerspruch, da an unzweifelhaften Derivaten der Epidermis (z. B. Hautdrüsenbildungen) gleichfalls Epithelfaserung nicht zur Beobachtung gelangte; doch mufs Verfasser zugeben, dafs der Naevus in seinen tieferen Schichten durch das Auftreten von Bindegewebe und elastischen Fasern viel von seinem ursprünglich epithelialen Charakter verliert.

XII. **Quecksilber und Schleimhaut**, von Carl Schumacher-Aachen. Der Verfasser stellt eine interessante Betrachtung über zwei Fragen an, einmal, ob die heutige wissenschaftliche Lehre so genau und ausführlich das klinische Bild der medikamentösen Hydrargyrose des Mundes und der oberen Verdauungswege schildere, wie es der Wirklichkeit entspricht, und zweitens ob die Differentialdiagnose zwischen den Erzeugnissen der merkuriell behandelten Frühlues der Mundschleimhaut und bestimmten Folgen der therapeutisch verwendeten Merkurialien derart gewürdigt werde, wie sie es verdiente. Indem er die beiden Fragen verneint, unternimmt er es, dem Mangel in der Quecksilberbehandlung der Syphilis durch Schilderung des klinischen Bildes der Hydrargyrose abzuhelfen. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs die Hydrargyrose vielfach mit syphilitischen Erscheinungen namentlich der Mundhöhle verwechselt wird. Viel seltener kommt es vor, dafs diese oder jene Syphilisausbrüche für Merkurialerscheinungen angesehen werden. Diese Verwechselungen nehmen nicht wunder, wenn man weifs, dafs Hydrargyrose und Syphilis lange Zeit ein ähnliches Aussehen haben können, und dafs Jahre des Zweifels und des Studiums dazu gehören, um beide mit Sicherheit voneinander unterscheiden zu können. Wer jedoch in der Lage ist, seine Patienten vom Beginne der Behandlung oder noch besser vom Beginne der Erkrankung an genau zu beobachten, wer in seinen Verordnungen normale Grenzen

des Quecksilbergebrauches innehält, wer gewissenhafte und treue Patienten hat, der wird nur selten Gelegenheit haben, solche ähnliche Bilder von Merkurialismus und Frühsyphilis zu sehen. Und wenn ihm Fälle unter die Augen kommen, in denen sich langsam oder selbst rasch innerhalb weniger Tage stärkere merkurielle Erscheinungen in der Mundhöhle entwickeln, „so wird er fast immer aus den schmerzhaften, seltener schmerzlosen Veränderungen des Zahnfleisches, der Zunge, der Wangen und des Gaumens, aus dem Speichelflusse und dem Mundfötor, endlich aus den Veränderungen der Verdauung, des Schlafes und des Allgemeinbefindens genügend erkennen, was er vor sich hat". Anders verhält es sich mit Patienten, welche leichtsinniger Weise oder durch die Verhältnisse gezwungen, ein unstätes Leben führen, bald diesen bald jenen Arzt konsultieren und oft genug ihre eigenen Therapeuten sind. Treten solche Syphilitiker mit Symptomen in der Mundhöhle plötzlich vor uns hin, so kann selbst dem erfahrensten Praktiker die Diagnose ob Syphilis oder Merkur, ob beides gleichzeitig, für den Augenblick Schwierigkeiten machen. Wie namhafte Autoren über diese Schwierigkeiten gedacht und geschrieben und wie sie die merkuriellen von den syphilitischen Erscheinungen auf der Mundschleimhaut wohl voneinander zu unterscheiden versucht haben, teilt Verfasser ausführlich im folgenden mit. Die differentialdiagnostischen Merkmale der merkuriellen Geschwüre der Mund- und Rachenhöhle, wie sie unter anderen Ricord, Simon, Reumont, Engelstedt, Berkeley Hill und Arthur Cooper, H. Zeissl, Barthélemy und Baltzer, Lesser, Neumann angegeben haben, werden tabellarisch zusammengestellt.

XIII. **Die Syphilis der Zungentonsille**, von Otto Seifert-Würzburg. Nach einem Überblicke über die einschlägige Litteratur und nach Rekapitulierung der diesbezüglichen Angaben über 17 männliche und 44 weibliche, an sekundärer Syphilis leidende Individuen aus seiner älteren Arbeit berichtet Verfasser über 92 Fälle neueren Datums und zwar 43 Weiber und 49 Männer. Hinsichtlich der Anteilnahme der Zungentonsille am syphilitischen Prozesse im Sekundärstadium kommen von den 43 weiblichen Individuen nur 35 als einwandsfrei in Betracht. Unter diesen 35 war die Zungentonsille 23mal frei von syphilitischer Erkrankung und 12mal der Sitz von Papeln resp. Erythema syphiliticum, also in 34,3%. Von den 49 männlichen Individuen sind 8 Fälle auszunehmen; unter den übrigen 41 fand sich 15mal die Zungentonsille frei von syphilitischer Erkrankung, 16mal mit Papeln besetzt, 4mal eingenommen von Erythema syphiliticum und 1mal Sitz von Narben, von einem älteren Prozesse herrührend. Es waren somit 21 Fälle mit Syphilis der Zungentonsille = 54,1%. Die subjektiven Beschwerden waren bei den Patienten älteren und jüngeren Datums sehr gering. Von wenigen wurde nur auf Befragen über leichte Beschwerden beim Schlucken geklagt. Die Erscheinungen im Rachen und auf der Zungentonsille gingen zunächst unter der Allgemeinbehandlung zurück. In ganz vereinzelten Fällen schien daneben noch eine Lokalbehandlung der erkrankten Stelle mit Chromsäure oder 10%igem Sublimatalkohol notwendig. — Die syphilitischen Spätformen äufsern sich in verschiedener Weise an der Zungentonsille, so in Form von gummösen Infiltraten, in Gestalt der schwieligen Entartung, ferner in einer an nicht spezifische Hypertrophie erinnernden Form und schliefslich in Form von spitzen Kondylomen. Die zerfallenden Gummata können dann zu narbigen Verwachsungen mit den Nachbarorganen Veranlassung geben. Am häufigsten unter diesen syphilitischen Spätformen an der Zungentonsille wird das Gumma beobachtet, das sich als derb elastischer circumscripter Knoten oder als diffuse Infiltration entwickelt, bei oberflächlichem Sitz nur die Schleimhaut okkupiert, oder unter derselben liegend diese mehr oder weniger emporwölbt. Solche Gummata stellen demnach meist gröfsere oder kleinere höckerige oder flache, derb konsistente Geschwülste von der Farbe der Zungenschleimhaut dar.

Unter den zwölf vom Verfasser in der letzten Zeit untersuchten Fällen von Spätsyphilis hat er in keinem einzigen Falle die von Lewin und Heller betonte glatte Atrophie des Zungengrundes als ein alle anderen manifesten Erscheinungen der Syphilis überdauerndes Symptom nachweisen können. *C. Berliner-Aachen.*

(Schluſs folgt.)

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 7.

Über die cystenartige Erweiterung des Blasenendes des Harnleiters, von Englisch. In sehr eingehender Weise beschreibt Verfasser die angeführte Abnormität unter sorgfältiger Zusammenstellung der in der Litteratur veröffentlichten Fälle dieser seltenen Erkrankung, die einige Male Gelegenheit zu operativer Behandlung nach vorausgegangener Epicystotomie oder mittelst des Cystoskops gegeben hatte.

F. Hahn-Bremen.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band III, Heft 6.

Über innere Metastasen bei Blennorrhoe des Mannes, von Albert Seelig. (Schluſs.) Das Vorkommen einer blennorrhoischen Endocarditis steht, wie die kritische Litteraturübersicht lehrt, fest. Es giebt eine benigne und eine maligne Form. Erstere heilt mit oder ohne Zurücklassung eines Klappenfehlers. Letztere führt nach schwerem Krankheitsverlauf unter hohem Fieber und den anderen malignen Endocarditiden eigenen Symptomen meist zum Tode, wenn auch eine Heilung mit Klappenfehler häufiger ist als bei der infektiösen Endocarditis; von 21 malignen blennorrhoischen Endocarditiden gingen 9 in relative Heilung über. Von den Herzklappen scheinen diejenigen der Aorta häufiger affiziert zu sein, seltener die Mitral-, am seltensten die Pulmonalklappen. Myocarditis und Pericarditis können hinzutreten, beide aber auch als selbstständige blennorrhoische Metastasen vorkommen. Die Metastasen des Nervensystems können entstehen durch Infektion durch Gonokokken, durch Sekundär- resp. Mischinfektion, durch Toxine, der letztere Modus scheint der häufigste zu sein. Man findet: Blennorrhoische Neuritis resp. Polyneuritis, Erkrankungen der Nervenwurzeln, Meningo-Myelitis acuta et chronica. Die Neuritis ist beobachtet am Nervus pudendus, ischiadicus, obturatorius, cruralis intercostalis laryngeus inferior und ulnaris. Polyneuritis hat Engel-Reimers gesehen; auch Fälle von Spillmann und Haushalter zählen hierher. Der Verlauf ist günstig. Entzündung der Nervenwurzeln scheint in einem Falle von Engel-Reimers vorgelegen zu haben; er verlief gut. Die Myelomeningitis blennorrhoica ist viel häufiger; die akute Form tritt in der dritten oder vierten Woche einer akuten, selten einer chronischen Blennorrhoe auf. Die Prognose ist nicht immer günstig. Gutartiger ist die chronische Form, die sich häufig im Anschluſs an Arthritiden entwickelt. Symptome und Diagnose werden vom Verfasser erörtert. — Als Seltenheiten seien postblennorrhoische Chorea und Psychosen erwähnt. Auf eine Besprechung der blennorrhoischen Ophthalmie folgt dann eine solche der blennorrhoischen Exantheme, die zum Teil als infektiöse, teils als reflektorische, aufgefaſst werden. Flesch beschuldigt durch Blennorrhoe bedingte Verdauungsstörungen als Grundlage der Exantheme, Vidal und Besnier zählen sie den trophischen Toxidermien zu. Die Exantheme sind vielgestaltig: Erytheme aller Art, Urticaria. Bemerkenswert sind

eigentümliche Verhornungen (papilläre Dermatitis mit Hyperkeratose), ferner ein Fall symmetrischer Krustenbildung mit Nagelverlust von VIDAL.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologisches Centralblatt.

Band I, No. 10. (Juli 1898.)

Über Salbenstäbchen bei chronischer Blennorrhoe, von L. WOLFF. Salbenbougies müssen, wenn sie wirksam sein sollen, ein wasserlösliches Constituens enthalten. Sehr brauchbar ist 5%iges Ichthyolglycerin zum Befeuchten der Bougies. Sehr gut verwendbar ist eine geeignete Gelatinemasse, wie sie die STEPHANschen Anthrophore überziehen. Verfasser empfiehlt Stäbchen aus gehärtetem Weichgummi mit konischem Ende, mit Gelatineüberzug versehen, die er als „Farmakostile" bezeichnet. (Hersteller: Grofsherzogliche Hofapotheke in Karlsruhe.) Am meisten wird als Medikament Ichthyol verwendet. Kontraindiziert sind die Stäbchen bei starken Entzündungserscheinungen und lebhaftem Ausfluſs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1898. Heft 2.

Die Pathogenese des Todes bei Verbrennungen und die Injektionen von künstlichem Blutserum, von AZZARELLO. Auf Grund zahlreicher Tierexperimente kommt Verfasser zum Schlusse, daſs der rasch eintretende Tod bei Verbrennungen auf den Shok zurückzuführen ist. Die Intoxikationserscheinungen im weiteren Verlaufe ausgedehnter Verbrennungen rühren von Toxinen her, die sich an den betroffenen Stellen infolge der erhöhten Temperatur gebildet und sodann im Organismus verbreitet haben. In Fällen, wo der Tod erst nach längerer Zeit eintritt, ist derselbe durch sekundäre Infektion von den Brandwunden aus verursacht. — Therapeutisch leisten subcutane Kochsalzinjektionen, wie bei anderen Intoxikationszuständen, so auch bei Verbrennungen vorzügliche Dienste.

Impetigo herpetiformis und Pyodermitis vegetans, von TOMMASOLI. Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall dieser Affektion, bespricht dann Ätiologie und Pathogenese derselben, die vorläufig noch unaufgedeckt sind, und kommt schlieſslich auf fünf von HALLOPEAU am Pariser Dermatologenkongresse 1889 besprochene Fälle (Die Pyodermitis vegetans und ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und dem Pemphigus vegetans) zu reden. Bei der näheren Betrachtung derselben kommt er zum Schlusse, daſs zwei von ihnen als eine vegetierende Varietät einer Impetigo herpetiformis (erster und vierter Fall), der zweite und dritte eine Dermatitis herpetiformis DUHRING und der fünfte einen Pemphigus vegetans Condylomatosis pemphigoides TOMMASOLI repräsentieren und somit die Pyodermitis vegetans als selbstständige Dermatose nicht existiert. — Was den Fall TOMMASOLI speziell anbelangt, so zeichnet er sich dadurch aus, daſs er einen Patienten männlichen Geschlechtes betrifft und geheilt wurde, während bekanntlich die groſse Mehrzahl der Fälle von Impetigo herpetiformis letal verlaufen und bei Frauen vorkommen.

Primäre hämorrhagische Hautsarkomatose mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie, von STRAVINO. Ein Mann hatte sich beim Präparieren eines Falles von einem an Rotz umgestandenen Pferde mit einem Messer verletzt, worauf an der betreffenden Stelle Schwellung, Spannung, Brennen und rosarote Flecke von verschiedenen Dimensionen auftraten, welche Flecken immer dunkler wurden und sich schlieſslich in Knoten umwandelten. Ähnliche schwärzliche Knoten zeigten sich

sodann noch an zahlreichen anderen Körperstellen. Mikroskopisch gaben sich diese Tumoren als kleinzellige Rundzellensarkome zu erkennen, mit beträchtlicher interstitieller Hämorrhagie aus den neugebildeten Gefäfsen; mikrochemisch bestehen diese Pigmenthaufen aus Eisenoxydhydrat. Es ist somit gänzlich verschieden von dem Pigmente der Melanosarkome. Ätiologisch legt sich Verfasser den Fall in folgender Weise zurecht: In die Wunde, welche gar nicht antiseptisch behandelt worden war, ist ohne Zweifel der Rotzbacillus eingedrungen, mit demselben aber wohl gleichzeitig andere Mikroorganismen, welche ersteren in seiner Spezifizität abgeschwächt und statt zum Ausbruche einer Rotzinfektion zur Entwickelung eines Sarkoms geführt haben. Auf welche Weise diese Umwandlung stattgefunden haben mag und in welcher Beziehung der Rotz zum Sarkome stehen mag, weifs sich Verfasser vorläufig allerdings nicht zu erklären. *C. Müller-Genf.*

Besprechungen.

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von Martin Chotzen. Heft 7 und 8. (Leopold Voss. Hamburg, 1898.) Die vorliegenden Hefte stellen sich den früheren würdig zur Seite. Jedes enthält wieder sechs Tafeln, und zwar: 37. Exanthema papulo-squamosum plantae bei einem Erwachsenen im Beginne des Sekundärstadiums; ein gutes Bild. 38 und 39. Leukoderma colli; beides sehr hübsche Reproduktionen. 40. Exanthema papulosum circinatum colli; sehr schematisiert. 41. I. Exanthema papillare framboesiforme luxurians nasi; II. Papillomata acuminata; III. Exanthema papulo-pustulosum frontis. 42. Acne bromata thoracis. 43. Acne pustulosa dorsi. 44. Impetigo contagiosa faciei, kaum mit irgend einer Syphilisaffektion zu verwechseln. 45. Exanthema tubero-serpiginosum dorsi. 46. Exanthema tubero-ulcero-serpiginosum dorsi; charakteristisch, aber doch schematisiert. 47. Lupus tuberculo-serpiginosus ad glutaeum, ein instruktives Bild, welches lehrt, wie schwer es sein kann, nur nach den augenblicklich sich darbietenden krankhaften Erscheinungen ohne Zuhülfenahme der Anamnese etc. Lupus von Lues abzutrennen. 48. Psoriasis vulgaris annularis et gyrata capitis, wohl kaum mit tubero-serpiginösem Syphilid zu verwechseln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Heilkraft des Lichtes. Entwurf zu einer wissenschaftlichen Begründung des Lichtheilverfahrens (Phototherapie), von Willibald Gebhard. Mit 16 Abbildungen. (Leipzig, 1898. Th. Griebens Verlag.) Immer neue Gebiete erwerben sich die physikalischen Heilmethoden, und das ist gewifs freudig zu begrüfsen. Damit will ich mich aber keineswegs als Feind der „giftigen Heilmittel" denunzieren, die ihren Platz haben und trotz der Angriffe — auch seitens des Verfassers des vorliegenden Buches — behalten werden, sondern nur meine objektive Würdigung jeglicher therapeutischer Bereicherung zum Ausdruck bringen. Das jüngste Kind der heilenden Physik ist die Phototherapie, der das vorliegende Buch gewidmet ist. Sehen wir ab von den meist sehr zweifelhaften wissenschaftlichen Begründungen und theoretischen Erörterungen des Verfassers, der nicht Mediziner ist und als solcher seine eigenen Anschauungen über medizinisch wissenschaftliche Fragen haben zu müssen glaubt, dann ist das Buch ein durchaus lesenswertes und belehrendes. Der erste Teil desselben giebt, meistens referierend, die physiologischen Einflüsse des

Lichtes wieder, dabei eine grofse Litteratur verarbeitend. Wir finden da alles, was man über die Förderung oder Schädigung der Pflanzen und Tiere, einschliefslich der Bakterien, und deren Umgebung weifs. Selbstständiger und mehr auf eigenen Beobachtungen beruhend ist der zweite therapeutische Teil. Die Bedeutung der Sonnenbäder und elektrischen Lichtbäder, besonders ihre schweifserregende Wirkung findet eingehende Erörterung. Die Herstellungsweise der betreffenden Einrichtungen wird geschildert. Bei einer Reihe von Hautleiden sind durch allgemeine oder lokalisierte Beleuchtung, wobei Verfasser meistens nicht wie Finsen die Wärmestrahlen ausschaltet, Erfolge erzielt. Eine grofse Rolle spielt dabei der Lupus vulgaris, wobei es aber mir zweifelhaft erscheint, ob die geheilten Fälle wirklich solche oder nur übernarbte sind. Das schöne Aussehen nach der Behandlung, welches die Kranken nach den photographischen Bildern uns bieten, beweist gar nichts. Die Bedeutung des farbigen Lichtes und der Röntgenstrahlen als Heilmittel bildet den Inhalt des Schlufskapitels des sehr lesenswerten Buches. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Gerüche des menschlichen Körpers in gesunden und kranken Tagen, von R. Monin. Übersetzung von A. Dreyer-Köln. (Köln, 1898. Rimbach & Licht.) Der Bedeutung des Geruchssinnes in der Medizin ist die vorliegende Monographie gewidmet, zweifellos ein zu billigendes Unternehmen, wie jeder Beitrag zur Bereicherung unserer diagnostischen Hülfsmittel. Allerdings hat die Schilderung des mit dem Geruchssin empfundenen seine Schwierigkeiten, da man dasselbe kaum mit Worten, geschweige denn mit Bildern wiedergeben kann. Aufserdem spielen individuelle Eigentümlichkeiten des Riechenden eine grofse Rolle, abgesehen davon, dafs wir wenig gewohnt sind, den Geruchssinn zu schulen und zu schärfen. Dazu dürfte wohl eine Arbeit wie die vorliegende anregend wirken, ohne dafs man Gefahr läuft, ein Anhänger der Jaegerschen Riechtheorien zu werden. — Für den Dermatologen sind besonders die Kapitel vom Geruch der Haut, des Harns und der Genitalorgane von Interesse; er wird das Bekannte da kurz skizziert finden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Mitteilung über die hemmende Wirkung von Acetanilid auf Bakterienwachstum, von J. J. Walsh. (*Med. News.* 15. Aug. 1896.) Das Acetanilid ist vielfach wegen seiner Geruchlosigkeit, analgetischen Wirkung und relativen Unschädlichkeit als Ersatz des Jodoforms bei der Wundbehandlung verwendet worden. Wesentliche keimtötende Eigenschaften besitzt es, wie es scheint, nicht, doch hat Verfasser bei einer Reihe von Beobachtungen gefunden, dafs Plattenkulturen, welche damit dünn bestreut wurden, kein Wachstum zeigten, während Kontrollplatten, welche unbestreut blieben oder mit Marmorstaub, Mehl oder Stärke überzogen wurden, eine deutliche Entwickelung darboten. Demnach wäre das Mittel der weiteren Beachtung wohl wert. *Philippi-Remscheid.*

Über Cearin, eine neue Salbengrundlage, von Issleib-Bielefeld. (*Intern. pharm. Centralans.* 1898. No. 13.) Die weder patentierte noch sonstwie geschützte

Salbengrundlage wird durch Zusammenschmelzen von einem Teil weifsen Carnaubawachses mit 4 Teilen Paraffin. liqu. im Wasserbade gewonnen. Sie giebt aus 15 bis 18% Wasser eine gleichmäfsige, haltbare Mischung. Es soll die Paraffinsalbe, welche nur 4 bis 5% Wasser zu binden vermag, ersetzen und es wäre daher zu wünschen, dafs die Frage der Indifferentheit und Resorptionsfähigkeit des Cearins durch exakte Versuche gelöst würde. Die fertige Salbengrundlage kann zu Versuchszwecken vom Verfasser bezogen werden. *A. Strauſs-Barmen.*

Praktische Erfahrungen über Ekajodoform, von Bandelier. (*Ther. Monatsh.* 1898. No. 4.) Der Verfasser wendete an Stelle des reinen Jodoforms in 24 verschiedenen Fällen Ekajodoform, eine Vermischung von Jodoform mit polymorisiertem Formaldehyd, teils als Pulver, teils auf sterilisierte Gaze appliziert an. Die Erfolge waren befriedigend. Subjektive oder objektive Reizerscheinungen waren an den Wunden nie zu beobachten, dagegen war Beschränkung der Sekretion, gute Austrocknung und Anregung der Granulation überall deutlich erkennbar. Das Präparat scheint nicht unwesentliche Vorzüge vor dem reinen Jodoform zu besitzen, insbesondere Sterilität und die Eigenschaft, die Entwickelung der Bakterien zu hemmen. *Götz-München.*

Jodoformogen, ein geruchloses Jodoformpräparat, von E. Kromayer. (*Berl. med. Wochenschr.* 1898. No. 10.) Über 100 mit Jodoformogen behandelte Fälle gaben dem Verfasser die Überzeugung, dafs das Präparat eine ausgesprochene Jodoformwirkung besitzt, bestehend in gesunder Granulationswirkung und rascher epithelialer Überhäutung. Es wurden aber auch reizende Eigenschaften beobachtet. Es ist staubfein, trocken und ballt sich nicht zusammen, daher von sicherer Wirkung. Da es Spuren von Jodeiweifs, freien Jods und vielleicht Jodalkalis enthält und nicht erst durch Berührung mit dem Gewebe, wie es beim Jodoform der Fall ist, sich zersetzt, soll es mannigfacher und nachhaltiger in seiner Wirkung als das Jodoform sein. Das ist jedoch zunächst nur Theorie. Das Mittel wird als das beste bis jetzt existierende Wundstreupulver bezeichnet. *A. Strauſs-Barmen.*

Jodoformogen, geruchloses Jodoformeiweifs, von K. Gaab. (*Pharm. Centralh.* 1898. No. 11.) Jodoformogen ist ein hellgelbliches Pulver, unlöslich in Wasser, bei 100° C. sterilisierbar, dadurch gewonnen, dafs eine Jodoformlösung mit Eiweifslösung in Gegenwart eines Eiweifsfällmittels zusammengebracht wird; der Niederschlag wird abfiltriert, getrocknet und einer geeigneten andauernden Erhitzung unterworfen. — Sein schwacher Geruch ist unter Verbänden nicht wahrnehmbar; im übrigen soll es alle guten Eigenschaften des Jodoforms besitzen. Kromayer (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. S. 217) hält es für das beste jetzt existierende Wundstreupulver. *A. Strauſs-Barmen.*

Über den Einfluſs von Formalingelatine auf eiternde Wunden; eine klinische Studie, von E. M. Foote. (*Med. News.* 14. Nov. 1896.) Bei einer Reihe von 36 Fällen von eitriger Entzündung hat Verfasser mit drei Ausnahmen sehr befriedigende Resultate erzielt und empfiehlt daher das Mittel zwar nicht als das absolute Ideal, aber immerhin als einen wesentlichen Fortschritt in der Wundbehandlung. Seine günstig verlaufenen Fälle umfafsten: a) indolente Eiterung mit geringer Cellulitis (5), b) akute Eiterung mit ausgesprochener Cellulitis (24), c) Eiterung an den Sehnenscheiden (Panaritien) mit Zellgewebsentzündung (3) und d) Bursitis praepatellaris purulenta (1). Nach Entleerung des Eiters und etwaiger Gangränstückchen unter antiseptischen Kautelen und eventuell Kokain wird, sobald die Blutung steht, die Wunde mit dem trockenen Pulver ausgefüllt und ohne Drain geschlossen. Abgesehen

von etwas Brennen während der ersten 4 bis 6 Stunden waren keine Nachteile von dieser Behandlungsweise zu konstatieren. *Philippi-Remscheid.*

Über den Desinfektionswert des Kresamins (Äthylendiaminkresol) und seine therapeutische Verwendung bei Hautkrankheiten, von ECKSTEIN. (*Therap. Monatsh.* 1898. No. 4.) Kresamin ist ein einfaches Gemisch von Trikresol mit Äthylendiamin und vereinigt die Vorzüge der Kresole, geringe Giftigkeit und geringe Reizwirkung bei hoher keimtötender Fähigkeit, mit der Fähigkeit des Äthylendiamins Eiweifs zu lösen. Durch diese Eigenschaft des Äthylendiamins wird die Tiefenwirkung des Trikresols im Kresamin bedeutend vermehrt: Kresamin erwies sich in Bezug auf Tiefenwirkung allen anderen Desinficientien, auch dem Sublimat überlegen; in Bezug auf Desinfektionskraft ist es diesem ebenbürtig. Es besitzt nur geringe Giftigkeit und greift Metallinstrumente nicht an. Aus den angestellten Untersuchungen und den bis jetzt gemachten Erfahrungen zieht der Verfasser folgende Schlüsse: 1. Kresamin hat sich als ein Präparat von sehr hohem Desinfektionswert erwiesen und ist dem Kresol, Trikresol, Karbol überlegen. 2. Die Desinfektionskraft im Gewebe und die Tiefenwirkung ist eine sehr erhebliche. 3. Bei der praktischen Verwendung ergab sich aufser diesen Vorzügen die grofse Reizlosigkeit als besonderer Vorteil. Das Präparat erwies sich bei vielen Dermatosen als sehr brauchbar, besonders bei der Behandlung des Ekzems, von pustulösen und mit Abscessen einhergehenden Dermatitisformen, der Sykosis, der Ulcera cruris und besonders der vorher ausgekratzten oder ausgeätzten Lupusflächen der Extremitäten. — Die Applikationsweise besteht in Form von Salben (10% Kresamin 10,0—50,0; Adipis lanae ad 100,0), Pflastermullen und wesentlich von Lösungen 1,0 : 4000,0—400,0 (in Bädern, zu Verbänden und Umschlägen).

Götz-München.

Über Naftalan, von ROSENBAUM. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1898. No. 14.) Verfasser erprobte das Naftalan bei Gangrän der Haut und fand eine rasche Reinigung der Wunden, Nachlafs der Eiterung, Beseitigung des fauligen Geruches. Ferner bewährte es sich ihm in einem Falle von Tropengeschwür (Biskrabeule), bei Psoriasis der Kopfhaut und bei Erfrierungen. *F. Hahn-Bremen.*

Kurze therapeutische Mitteilung; ein Beitrag zur Oophorinbehandlung, von EDMUND SAALFELD. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 13.) Verfasser hat Oophorintabletten (von FREUND und REDLICH in Berlin) in einer Dosis von 2—15 à 0,5 pro die bei Rosacea faciei, klimakterischem Ekzem mit günstigem Erfolge gegeben. Bei Talgdrüsenanomalien, Komedonen, Akne, Seborrhoea capillitii, Alopecie war derselbe auch sehr merkbar, sodafs man Oophorin zur Unterstützung der äufseren Behandlung empfehlen kann. Ein 20jähriges Mädchen mit Prurigo, bei dem die Beschwerden zur Zeit der Menses nachzulassen pflegten, wurde durch Oophorin erheblich gebessert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Anwendungsweise und Wirkung des Oleum Salosantali (Salosantal) bei der inneren Medikation der Krankheiten der Harnorgane, von WEBLER. (*Therap. Monatsh.* Mai 1898.) Verfasser empfiehlt als Ersatz der desinfizierenden Mittel (Salol, Salicylsäure) und der reizlindernden Balsamica ein neues Mittel Salosantal, i. e. eine Auflösung von Salol in Sandelholzöl. Wir glauben, dafs das Präparat nach seiner Konstitution gutes leisten kann. *F. Hahn-Bremen.*

Über Protargol, von KAUFMANN und BLOCH. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1898. No. 14.) Verfasser kritisieren in sehr scharfer und sarkastischer Weise die Veröffentlichung BENARIOS über die desinfizierende, gonokokkentötende Wirkung des

Protargols, vor allem über die Tiefenwirkung dieses Körpers, wobei sie natürlich zu ziemlich abfälligen Resultaten kommen. *F. Hahn-Bremen.*

Lösliches metallisches Silber als Heilmittel, von B. Credé. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1898. No. 14—15.) Das Argentum colloidale Credé löst sich fast vollständig in Wasser und in eiweifshaltigen Flüssigkeiten und soll eine erfolgreiche Bekämpfung septischer Infektionen ermöglichen, indem es, in den Säftestrom gebracht, auf die Entwickelung bestimmter pathogener Keime hemmend und abtötend einzuwirken scheint. Das Unguentum Credé (15% Arg. coll., 10% Wachs mit etwas Aether benzoat., Marienapotheke Dresden) ist in Dosen von 1—3 g wie graue Salbe einzureiben. Phlegmonen, Lymphangitis, Erysipel, Furunkulose, Rheumatismus blennorrhoicus sind u. a. Indikationen für die Anwendung der Salbe. Weitere Anwendungsformen sind die Pillen (0,01 Arg. coll. mit 0,1 Milchzucker und Glycerin q. s., welche 2 bis 3 mal täglich je 2 Stück unter Nachtrinken von 100—200,0 abgekochten Wassers oder von Thee genommen werden; zu chirurgischen Zwecken dienen Pillen von 3 mm Durchmesser (0,05 Arg. coll. und 0,025 Milchzucker). Ferner Stäbchen (0,2 Arg. coll. und Lösungen zu subcutanen Injektionen und zum innerlichen Gebrauch, zu ersteren im Verhältnis von 1:200 Aq. dest., zu letzteren: Rp. Arg. coll. Credé 0,5 (—2,0); Aq. dest. 50,0 (—200,0); Alb. 00. 0,5 (—2,0) MDS. 1 Kaffelöffel bis 1 Efslöffel 3 mal täglich auf 1 Glas Wasser oder Thee in den leeren Magen ¼—½ Stunde vor der Mahlzeit zu nehmen. Auch intravenöse Injektionen können mit Lösungen von 1:500—2000 vorgenommen werden. Ein Urteil über den Wert dieses interessanten Mittels kann erst nach weiteren Erfahrungen abgegeben werden.

A. Strauſs-Barmen.

Zur Frage der Quecksilbervergiftung, von Bendersky. (*Koberts Görbersdorfer Veröffentlichungen.* 1898. Bd. I.) Verfasser giebt ein genaues Sektionsprotokoll über einen Fall von Sublimatvergiftung. Es handelt sich um die Leiche eines Studierenden der Veterinärmedizin in Dorpat, welcher einen vollen Theelöffel Sublimat zu sich genommen hatte. Der Magen zeigt Epithelentblöfsung seiner Schleimhaut, starke Hyperämie, viele Hämorrhagien, ebenso der Darm. Fast in allen Organen, abgesehen von den pathologischen Veränderungen des Gewebes selbst, findet sich eine Ansammlung von dunklen Körnchen in und aufserhalb der Zellen, Zerstörung der roten Blutzellen, Beladung der weifsen Blutzellen mit Körnchen, ferner Entstehung dunkelbrauner stäbchenförmiger Krystalle in den Gefäfsen der Niere und Leber, welche wahrscheinlich als Quecksilberalbuminatkrystalle anzusehen sind.

Leistikow-Hamburg.

Quecksilber-Ausschlag, von D. W. Montgomery. (*Med. News.* 21. Nov. 1896.) I. Ein 26jähriger, sonst gesunder Mann erhielt wegen Psoriasis nummularis des Rumpfes und der Extremitäten von mäfsiger Ausdehnung Einreibungen mit Ungt. hydrargyr. praecip. alb. und Ungt. zinc. ää. Vier Tage später zeigte der Patient einen diffusen, hellroten, juckenden Ausschlag, der aber nach dem Aussetzen des Mittels schnell wieder verschwand. Zwei Jahre später wurde demselben Patienten wegen Ulcus molle am Penis black wash (Kalomel 1,0, Aq. calcis 128,0) verschrieben. Tags darauf hatten sich eine ziemlich starke Dermatitis der Glans und Odem des Praeputium entwickelt. Unter Anwendung von Bismuth. subgallic. trat bald völlige Heilung ein. — II. Ein 45jähriger Mann mit grofsem Sarkom der Hüfte erhielt wegen Juckens am After eine Salbe von Kalomel (4,0) mit Ungt. simpl. (28,0) als Lokalapplikation. Nach zwei Tagen zeigten die Genitalien und der ganze Damm eine starke, scharlachrote Verfärbung, die aber rasch unter Ungt. zinc. verging. Eine gleiche Dermatitis entstand bei diesem Kranken durch Anwendung von Sublimatgaze auf die Operationswunde. *Philippi-Remscheid.*

Terralin, eine neue Salbengrundlage, von P. J. Eichhoff. (*Dtsche. Medizinalztg.* 1898. No. 19.) Verfasser schreibt der von ihm zusammengesetzten neuen Salbengrundlage, welche zum Hauptteil aus Mineralien neutraler Beschaffenheit, nämlich aus Calcium sulfuratum ustum, Kaolin, Glycerin und indifferenten Antiseptica besteht, von weifslicher Farbe ist und einen angenehmen aromatisch-erdigen Geruch hat, alle die Eigenschaften zu, welche man nur von einer idealen Salbengrundlage verlangen kann. Haltbarkeit, Unzersetzlichkeit durch Medikamente, Unveränderlichkeit, Reizlosigkeit, Resorbierbarkeit. Sie ist ferner mit reinem Wasser ohne irgend eine Zuthat, wie Seife und Soda, abwaschbar. Zur Bereitung von Salben ist Glycerin quantum satis oder Lanolin mit etwas Spiritus zu gebrauchen; Wasser ist zur Anreibung möglichst zu vermeiden, weil es mit dem Calcium sulfuratum eventuell Verhärtungen des Terralins hervorbringen kann. Zu Stoffen wie Teer, die sich mit Glycerin oder Lanolin nicht verreiben lassen, wähle man etwas Vaselin. Terralin wird durch die Reichsadlerapotheke Rich. Jacobi in Elberfeld in den Handel gebracht.

A. Strauſs-Barmen.

Das Tuberkulin in der Dermatologie, von A. Ravogli-Cincinnati. Eine kleine, 8 Seiten zählende Arbeit, wonach R. mit dem Tuberkulin recht befriedigende Resultate in verschiedenen Fällen von ulcerierender Hauttuberkulose, 2 Fällen von Lupus erythematosus und 1 Fall von Ichthyosis, welch letztere genau beschrieben sind, erzielte. Bei den Fällen von Lupus erythematosus waren bereits alle Mittel vergebens angewandt worden, mit dem Tuberkulin verschwanden die entstellende Hautaffektion, das nächtliche Fieber und die Magendarmstörungen; die Ichthyosis (hystrix), welche zwar keine Tuberkulose der Haut, sondern als eine Art Keratosis anzusehen ist, wurde durch das Tuberkulin nahezu geheilt, die Wirkung desselben ist vielleicht damit zu erklären, dafs die im chronisch infiltrierten Gewebe erzeugte Leukocytose die Resorption der infiltrierenden Elemente und dadurch das Heilungsresultat erzielte. R. sieht in dem Tuberkulin nicht nur ein wertvolles therapeutisches, sondern auch diagnostisches Hülfsmittel und kann (trotz des letztgenannten Falles) die Angabe verschiedener Autoren nicht bestätigen, wonach es auch bei nichttuberkulösen Affektionen die typische Reaktion gäbe; die Wirkung beim Lupus erythematosus spricht von neuem für die tuberkulöse Natur dieses Hautleidens. Es müssen jedoch als unterstützende Mittel immer noch lokal Salben, Kauterisation, Elektrolyse hinzugefügt werden, um die Reduktion der infiltrierten Stellen zu beschleunigen. Bei einer grofsen Anzahl von Injektionen traten nie Nebenerscheinungen auf, die Befürchtung, mit dem Mittel die Tuberkulose im Körper zu verbreiten, sei gänzlich auszuschliefsen. Das alte Tuberkulin gab eine deutlichere Reaktion wie das neue, weshalb es für den Dermatologen vorzuziehen sei; mit kleinen Dosen (1/3—1 mg) mufs begonnen und lange Zeit unter entsprechenden Zwischenpausen der Gebrauch fortgesetzt werden, bis sichere Heilung vorhanden ist.

Stern-München.

Über Jodvasogen spricht Friedländer in der Berliner medizinischen Gesellschaft. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 21.) Aus dem 6%igen Jodvasogen — stärkere Koncentrationen sind unnötig — wirkt, wie Versuche lehrten, das Jod bei äufserer Applikation gut resorbiert. Der Vortragende hat es in 132 verschiedenen Erkrankungsfällen mit günstigem Erfolge angewendet, so bei blennorrhoischer Epididymitis, rheumatischen Schmerzen, Ischias, Interkostalneuralgie, Drüsenschwellungen. Gut war das Resultat bei skrophulösem Ekzem, jedoch dauernd nur bei gleichzeitiger interner Darreichung. Geheilt wurde durch Jodvasogen ein ausgedehntes ulceröses Scrophuloderma, welches allen Behandlungsmethoden getrotzt hatte. Weitere für die Jodvasogenanwendung geeignete Leiden sind: Ulcerationen der Portio, Parametritis,

Pleuritis, Bronchitis. Intern wurde Jodvasogen mit Erfolg gegeben bei Struma, Pleuritis, Rheumatismus, Scrophulose, Bronchialkatarrh mit starker Sekretion, Brechneigung, Appetitlosigkeit. Von Lues wurden sieben Fälle mit Jodvasogen bei Recidiven von Sekundärerscheinungen und bei tertiären Syphiliden behandelt, alle mit vollem Erfolge. Es wurde innerlich dreimal täglich 5—30 Tropfen verordnet, bei Kindern 3—8 Tropfen, allmählich steigend. 90 Tropfen enthalten 0,27 Jod, drei Eßlöffel einer Jodkaliumlösung (6 : 200) 0,45 Jod. Man nimmt Jodvasogen in Milch, Thee oder Kaffee; der Geschmack ist nicht gerade angenehm. Man kann auch Kapseln oder Chokoladepastillen verordnen (Löwen-Apotheke in Berlin).

Senator hat auch besonders von der äußeren Anwendung des Jodvasogen gute Erfolge gesehen. Intern wirkt Jodvasogen gut bei Arteriosklerose, chronischer Bronchitis, Bronchialasthma. Bei dieser Gelegenheit empfiehlt Senator wieder die Applikation des Jodkalium in Minimalklystieren: ein Eßlöffel einer Lösung von 5—8 : 200. — Kleist hebt wiederum die günstige Wirkung bei auf Arteriosklerose beruhenden Herzbeschwerden und die appetitanregende Wirkung des Jodvasogens hervor. — Rubinstein sah gute Erfolge vom Jodvasogen bei Synovitis genu simplex, Gonitis syphilitica, Arthritis deformans, Arthritis blennorrhoica, inveterierter Lues, Struma, Ulcus molle, Epididymitis chronica blennorrhoica. — Jodoformvasogen wirkte bei Ulcus cruris vorzüglich, Guajacolvasogen bei scrophulösen Drüsen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Vasogene als Vehikel für lokale Hautbehandlung, von Ullmann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 23 u. 24.) Die von Pearson-Hamburg hergestellten festen und flüssigen Vasogene eignen sich nach den Erfahrungen des Verfassers als Vehikel in der Therapie der Hautkrankheiten vorzüglich. Sie besitzen die Eigenschaft, Arzneien mannigfacher Art in vollkommen gelöster Form aufzunehmen und unbegrenzt lange Zeit unzersetzt und gleich wirksam in sich zu behalten. Die Vasogenpräparate dringen rasch und vollkommen in die Haut ein und haben den großen Vorzug, die Haut ganz und gar nicht zu reizen. — Hg-Vasogen bewirkt auffallend rasches Verschwinden syphilitischer Exantheme und Lokalsymptome. Infolge der intensiven Hg-Wirkung stellt sich frühzeitig Gingivitis und Salivation ein. Von dem 50%igen Hg-Vasogen genügen daher bei Inunktionskuren 2 g, von dem 30%igen 3 g pro die. Es dringt rascher und vollkommener in die Haut ein als die graue Salbe und ist absolut reizlos. Gegen Morpiones genügt eine zweimalige Einreibung von je 4—8 g 30%igem Hg-Vasogen. — Das 6- bezw. 10%ige flüssige Jodvasogen besitzt ausgezeichnete Verwertbarkeit als Derivans bei akuten wie chronischen entzündlichen Affektionen, insbesondere beim Vorhandensein von Entzündungsprodukten unter oder in der Haut. Es hat vor der Jodtinktur den Vorzug absoluter Reizlosigkeit und kann daher viel länger als diese angewendet werden. — Das 1½%ige flüssige Jodoformvasogen wurde vom Verfasser bei schwerer Gingivitis und Stomatitis mercurialis und in einem Falle von exulceriertem Gumma veli et palatopharyngei in Form 2—3 mal täglich vorgenommener Pinselungen mit vorzüglichem Erfolg verwendet. — Das 10%ige flüssige Ichthyolvasogen wurde vom Verfasser bei Akne, seborrhoischem Ekzem der Kopfhaut, furunkulösen Abscessen, Stauungshyperämie, Pernionen, Erythema multiforme und nodosum, Gesichtserysipel, Erysipelphlegmone der oberen Extremitäten, exulceriertem Carcinom meist mit sehr gutem Erfolg angewendet. Es dringt rasch und reichlich in die Haut ein, die Ichthyolwirkung, Gefäßkonstriktion und Abschwellung tritt rascher ein als bei Verwendung von Ichthyolsalben oder Vaseline. — Das 25% Oleum Rusci enthaltende Teervasogen hat vor anderen Teerpräparaten den Vorzug absoluter Reiz- und Schmerzlosigkeit und relativ rascher Wirkung. Die Einpinselung erfolgt am besten nach längeren Seifenbädern;

die eingepinselten Stellen werden mit Zinkpaste oder Zinkpuder bedeckt. — Das 10%ige flüssige Naphtolvasogen hat ebenfalls keine irritierende, dagegen eine gewisse mumifizierende und schälende Wirkung. Es wurde vom Verfasser in Form 1—2 mal täglich vorgenommener intensiver Einpinselungen mit mehr oder weniger gutem und raschem Erfolg angewandt bei Erythrasma in Verbindung mit öfteren Abseifungen mit Sapo viridis, bei Seborrhoea sicca capitis und corporis, Pityriasis versicolor und Herpes tonsurans maculosus in Verbindung mit öfteren Seifenwaschungen, bei Pediculosis, bei venerischen Papillomen; hier werden die gesunden Stellen mit Tampons bedeckt, die vertrockneten Partien werden von Zeit zu Zeit ohne Anwendung von Gewalt abgekratzt; endlich bei Scabies ohne bedeutendere Ekzemerscheinungen, hier um eine sehr rasche Wirkung zu erzielen, manchmal in Verbindung mit Schwefelvasogen. — Das 3%ige flüssige wie feste Schwefelvasogen besitzt ganz geringe Reizwirkung, das flüssige Präparat kann bei 1—2 mal täglich vorgenommenen Einpinselungen wochenlang angewendet werden. Nur in Form fester Verbände appliziert, bewirkt das flüssige Präparat nach 8—10, das feste nach 6—8 Tagen etwas Rötung und Schwellung. Schwefelvasogen eignet sich besonders zur Anwendung bei Seborrhoea und seborrhoischem Ekzem, Acne vulgaris, Sykosis vulgaris, mykotischen Ekzemen. — Die Vasogenpräparate sind sowohl von der glatten wie von der behaarten Haut leicht durch trocknes Abwischen oder durch Abwaschen mit Wasser und Seife zu entfernen. *Götz-München.*

Die externe und interne Anwendung des Xeroforms in der Dermatologie, von Ehrmann-Wien. (*Wien. mediz. Blätter.* 1898. No. 22.) Sehr gute Erfolge sah Verfasser vom Xeroform bei Operationswunden, Geschwüren aller Art, Balanitis, Erosionen, nässenden, umschriebenen Ekzemen, besonders an den Händen und am Anus. Intern gab es Verfasser bei manchen Dermatosen als Darmantisepticum, so bei Analekzemen, Urticaria, Dermographismus; es wurde verordnet 2—4 mal täglich 0,5 Xeroform. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Xeroformtherapie venerischer Erkrankungen, von H. Metall. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 39.) Verfasser machte Versuche mit dem Xeroform bei 200 venerischen Erkrankungsformen und ist mit den Resultaten im allgemeinen sehr zufrieden. Die Vorzüge des Xeroforms gegenüber den anderen gebräuchlichen Antisepticis liegen in dem raschen Heilerfolg ohne begleitende unangenehme Nebenerscheinungen. Gewöhnlich kann man schon in einigen Tagen eine auffällige Abnahme der Sekretion wahrnehmen, die Ulcerationen zeigen keine Tendenz zur Ausbreitung, alsbald geht die Reparation sicher von statten. Eine auffallende Erscheinung war, dafs bei 80 Fällen von Ulcerationen nur ein Fall mit suppurativer Adenitis kompliziert war, welches Verfasser auf die wirksamen Komponenten des Xeroforms (Tribromphenol und Wismutoxyd) zurückführt, welche hemmend und paralysierend auf die Stoffwechselprodukte des Ducrey-Unnaschen Streptobacillus einwirken. Gleich wirksam zeigte sich das Xeroform bei auf Misch- und Sekundärinfektion beruhenden Ulcerationen, bei zerfallenen und diphtheritisch belegten papulösen Infiltraten und erweichten Gummaknoten, ebenso bei allen frisch gemachten chirurgischen Wunden. Das Xeroform mufs stets in dünnen Schichten aufgetragen werden, sonst bäckt es zusammen und bildet Krusten. Gute Resultate erzielte er auch bei Urticaria, innerlich dargereicht auf 3 mal täglich 0,5grammigen Dosen; es scheint die abnormen Gärungs- und Zersetzungsprodukte des Darmes zu beeinflussen.

A. Alpár (Aschner)-Budapest.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Bakteriurie, von R. Barlow. (*Arch. f. klin. Med.* 59. Bd. 3—4. Heft.) Die Bezeichnung „Bakteriurie" hat Roberts 1881 zuerst gebraucht, jedoch entsprechen seine Fälle dem nicht, was wir nach Krogius darunter verstehen: die genuine Gegenwart einer grofsen Bakterienmenge im frisch gelassenem Harn ohne ausgeprägte Entzündungserscheinungen der Harnwege, ohne Nephritis oder infektiöse Allgemeinerkrankung. Der Urin ist trübe, opalescent, riecht fade, ist sauer, selten alkalisch oder neutral. — Verfasser rekapituliert im ersten Kapitel die in der Litteratur vorhandenen Fälle von Sarcinurie und einen Fall von Leptothrixwucherung in der Harnblase, im zweiten diejenigen eigentlicher Bakteriurie (Beimengung von Bacillen und Kokken). Im dritten Kapitel folgt dann die Schilderung von sieben selbst beobachteten Fällen. Bakteriologisch fanden sich zweimal nur Colibacillen, zweimal Colibacillen gemischt mit Staphylokokken, dreimal nur letztere. Aus den angeführten im ganzen 64 Fällen folgert Verfasser: 1. Es ist möglich, dafs die Ursache der Bakteriurie gelegentlich einmal durch lokale Prozesse in den Nieren bedingt sein kann, wie dieses Rovsing für Nierensteine beschrieben hat, doch fehlt uns dabei jeder Anhalt, wie die Bakterien in die Nieren oder ins Nierenbecken gelangten. 2. Es ist möglich, dafs die Bakteriurie bedingt ist durch Resorption von Bakterien, sei es vom Darm oder anderen Organen her, und zwar können dann die Bakterien direkt auf dem Wege der Blutbahn oder auf dem Umwege durch die Nieren in die Blase gelangen. Bewiesen ist dieser Entstehungsmodus zur Zeit klinisch nicht. 3. Es ist möglich, dafs gelegentlich die Bakteriurie durch Verschleppung von Bakterien aus der gesunden Harnröhre oder durch fortgeleitete Entzündung der kranken Harnröhre entsteht. Jedoch ist in Anbetracht des häufigen Befundes von Colibacillen diese Annahme wenig wahrscheinlich. 4. Die wahrscheinlichste Entstehungsursache der Bakteriurie ist die Überwanderung der Colibacillen oder sonstiger Bakterien vom Darm aus, direkt durchs Gewebe oder eventuell durch die Lymphbahnen, wobei der Tripper mit seinen Komplikationen eine sehr wesentliche Rolle zu spielen scheint. — Über den Vermehrungsort der Bakterien in den Harnwegen wissen wir nichts. — Von den Symptomen seien die zuweilen plötzlich entstehenden Allgemeinerscheinungen, Unwohlsein, Fieber, Milzschwellung hervorgehoben. Zur Diagnose ist die Entleerung des Harns in zwei Portionen notwendig, die zweite mufs sofort untersucht werden. — Die Dauer des Leidens kann eine jahrelange sein; dasselbe ist hartnäckig, macht Remissionen und Verschlimmerungen, ruft zeitweilig leichte Katarrhe hervor. — Therapeutisch sind Spülungen und Instillationen mit Argentum nitricum und die interne Darreichung von Salol zu empfehlen; sicher wirken alle Mittel nicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung der Chylurie mit Ichthyol, von Moncorvo-Rio de Janeiro. (*Bulletin gén. de thérap.* 1897. No. 23.) Verfasser hat in zwei Fällen von Chylurie (Filariosis) rasche und vollständige Heilung erzielt nach innerlicher Darreichung von Ichthyol in Pillen, zu 1—2,0 pro die. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Indigourie, von M. Bogdanoff-Beresowsky. (*Wratsch.* 1897. No. 25.) Verfasser beobachtete einen Nephritiker, der gleichzeitig an mäfsiger Diarrhoe und Eiterung aus einer fistulösen Wunde in der Kreuzgegend litt. Der vom Patienten ausgeschiedene Harn war zwei Tage lang von dunkler Kirschfarbe, trübe, und hinterliefs auf dem Filter einen reichlichen Niederschlag, der nach dem Austrocknen ein dunkelblaues, in Chloroform und rauchender Schwefelsäure lösliches Pulver darstellte; mikroskopisch bestand es aus purpurfarbenen Indigokrystallen. In

dieser Zeit gab der Harn keine Indikanreaktion, gleich aber nach dem Schwinden der Kirschfarbe liefsen sich grofse Indikanquantitäten im Harn nachweisen. Die 24stündige Indigomenge des Harns betrug ca. 3,3 g. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über das endemische Vorkommen von Parasiteneiern und -Larven im Harn der Bewohner von Natal und Transvaal, von Georg Strube. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 33.) Die Erkrankung eines Negers an Blutharnen ergab den Befund von parasitären Gebilden dreierlei Art im Urin. Daraufhin wurden dann 20 weitere Bewohner aus Südafrika, zum Teil dort eingeborene Neger, zum Teil eingewanderte Inder untersucht und bei vielen derselben dieselben Parasiten gefunden. Eine Form derselben, rundliche oder eiförmige Gebilde, war nicht zu klassifizieren; die zweite gehörte der Bilharzia haematobia, die dritte war ein Rundwurm, die Larven der Filaria sanguinis hominis darstellten. Alle diese Parasiten machten keine Symptome; nur der erstgenannte Neger zeigte solche. Wo gröfsere Mengen der zweiten vorhanden waren, war der Urin diffus trübe, enthielt kleine Flocken und Fäden, bestehend aus Blasen- oder Nervenzellen, Leukocyten, roten Blutkörperchen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Ursachen und die Diagnose der Pyurie, von Howard A. Kelly-Baltimore. (*Med. News.* 11. Dezember 1897.) Jede Pyurie, mit der in Baltimore Tausende von Frauen herumgehen, hat einen progressiven Charakter. Man sollte deshalb mehr als es geschieht, gegen dies Leiden vorgehen, da einige praktische Erfahrung und gewisse instrumentelle Fertigkeit genügt zur Feststellung des Leidens und oft seiner Heilung. Vorbedingung der Diagnose ist genaue Anamnese und mikroskopische Untersuchung des Urins. Aus der Art der Mikroorganismen, der Menge des Eiters, seiner Alkalescenz oder Acidität, ob er vorübergehend erscheint oder immer sich zeigt, aus allen diesen Thatsachen lassen sich weitgehende Schlüsse auf Lokalisation und Art der Pyurie ziehen. So ist der Blaseneiter meist alkalisch, der Niereneiter sauer; gonokokkenhaltiger Eiter deutet darauf, dafs die Krankheit von der Harnröhre ausgegangen ist, die Anwesenheit von Bacterium coli darauf, dafs in der Nähe vom Darm gelegene Teile des Urogenitalapparats erkrankt sind.

Der Eiter stammt entweder aus Harnröhre, Blase, Harnleiter oder Niere.

1. Urethra. Skenes Drüsen: durch Streichen der einen Seite der Urethra läfst sich ein Eitertropfen herausdrücken.
   Urethritis. Ulcera urethrae: Zwei Gläserproben. Endoskop.
   Suburethraler Abscefs: Urethroskop eventuell; grofse Mengen Eiter.
2. Blase. Cystitis. Trigonitis
   Ulcera vesicae
   Durchgebrochene Eiterungen von Tube, Typhlon, Uterus, Psoas, Fremdkörpern der Scheide u. a.
   } Cystoskopische Differentialdiagnose und Untersuchung des übrigen Körpers.
3. Harnleiter. Lokalisation der Prozesse im Harnleiter mittels Harnleiterkatheter. Der kranke Ureter hat stets eine gerötete, geschwollene, beziehentlich ulcerierte Eintrittsstelle in die Blase.
4. Nieren: Nierenbeckeneiterung.
   Steine.
   Niereneiterung (meist tuberkulös; mit Bacillen im durch Katheter entnommenen Harn).
   Durchgebrochene Hydatideneiterung.

Eugen Hopf-Dresden.

Über die Urobilinurie, von VANNINI. (Bologna, 1897.) Bezüglich der Herkunft des Urobilins erklärt sich Verfasser für die Theorie von MURRI und BECK. Nach der Ansicht derselben entsteht das Bilin im Darmkanal, wird resorbiert, gelangt in den Pfortaderkreislauf und in die Leber, deren Zellen einen Teil in Bilirubin umwandeln und einen anderen unverändert eliminieren. Ein Teil des Bilins, das nicht von der Leber aufgenommen wurde, vielleicht auch der Teil, welcher direkt aus dem Darme in die Lymphgefäfse abging, verteilt sich im allgemeinen Blutkreislauf und wird durch die Nieren ausgeschieden. *C. Müller-Genf.*

Excessive Urobilinurie im Anschlufs an die Verordnung von Trional, von ROLLESTON. (*Brit. med. Journ.* 20. März 1897.) Eine 52jährige Frau mit Herzfehler, Asthma, Gelbsucht und Ascites erhielt 20 Graindosen Trional am 7. November. Am 9. November war der Urin tief orangefarben, während er vorher hellgelb war, jedoch keinen Gallenfarbstoff enthielt. Die spektroskopische Untersuchung ergab keine Spur von Hämatoporphyrin, dagegen in excessivem Mafse Urobilin. Das Medikament wurde ausgesetzt. Der Urin behielt dieselbe Farbe noch bis zum 17. November bei. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Uroprotsäure, einen neuen Bestandteil des Harns, von MAX CLOETTA. (*Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol.* Bd. 40, 1—2. Heft.) Im eingeengten Harn scheidet sich auf Alkoholzusatz ein teigartiger Niederschlag aus, der im Wasser leicht löslich ist. In dieser Masse fand Verfasser eine eigenartige Säure einen Abkömmling der Eiweifsstoffe, die Uroprotsäure. Diese, in Wasser leicht löslich, wird aus ihren schwach alkalischen Lösungen durch Kupferacetat gefällt; sie enthält Schwefel. Durch Kochen mit Schwefelsäure enthält man ein Melanin: Uromelanin. Betreffs der weiteren Ergebnisse der chemischen Analyse sei auf das Original verwiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über ein neues Harnpigment: das Urosein, von SAILLET. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1897. No. 10.) Dasselbe gehört zu den sog. roten Harnpigmenten: von solchen hatte GARROD nur zwei nachgewiesen: das Indirubin und das Urorosein. Dieses letztere ist dem Urosein in mancher Beziehung sehr ähnlich. Im normalen Urin ist das Urosein nicht enthalten, sondern mufs erst künstlich aus einer Zwischenstufe, dem Uroseinogen, wie es Verfasser nennt, gewonnen werden (Zusatz von HCl zum kochenden Urin und nachheriges Alkalisieren mit Soda oder Pottasche). Das Urosein zersetzt sich sehr leicht, besonders in alkalischer Lösung. Besonders reichlich ist es im Harne von nervösen Individuen im Depressionsstadium enthalten. Es zeigt zwei Absorptionsstreifen im Grün, einen dicken schwarzen bei D und einen ganz schmalen, kaum erkennbar bei E. Das Uroseinogen ist, verglichen mit dem Urobilinogen, viel reichlicher bei der Frau als beim Manne vorhanden. *C. Müller-Genf.*

Kann der Zuckergehalt des normalen Harnes durch einseitige Ernährungsweise und andere noch in den Bereich des Physiologischen fallende Bedingungen zu höheren Graden gesteigert werden? von LUDOLF BREUL. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak.* 40. Band, 1—2. Heft.) Verfasser hält es für festgestellt, dafs der normale Harn Zuckerspuren enthält. Er experimentierte an sich selbst, um festzustellen, inwieweit Änderungen der Lebensweise die Zuckerausscheidung beeinflussen. Er fand folgendes: In 24 Stunden schied er in der Norm 0,36—1,95 g Traubenzucker aus; der Zuckergehalt des Harnes betrug gewöhnlich 0,05—0,06%. Die Art der Nahrung an sich war ohne Einfluſs, selbst nicht längere Zeit fortgesetzte, sehr erhebliche Steigerung der Kohlehydratzufuhr. Innerhalb eines Tages liefsen

sich erhebliche Schwankungen der Zuckerausscheidung nachweisen, wahrscheinlich bedingt durch die Nahrungsaufnahme. Besonders konnte eine an Amylaceen sehr reiche Mahlzeit nach ca. 23stündiger Karenz den Zuckergehalt bis auf 0,203% steigern. Einfluſs haben aber auch Muskelarbeit und Wärmeabgabe, deren Vermehrung eine Verminderung der Zuckerausscheidung bedingen und umgekehrt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Verwendung des BRENNERschen Cystokops zur Sondierung der Harnleiter des Mannes, von O. ZUCKERKANDL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 16.) Das BRENNERsche Cystoskop unterscheidet sich von den anderen gebräuchlichen dadurch, daſs das Licht und das Fenster an der konvexen Seite angebracht sind und man deshalb die Blasenschleimhaut direkt betrachtet. Dasselbe hat sich bei Frauen sehr bewährt, besonders auch zur Sondierung der Ureteren. Der Verfasser macht in diesem Bericht aber darauf aufmerksam, daſs das Instrument auch bei Männern sehr gute Dienste leistet. Durch geringe Modifikationen gelingt es leicht bei Männern, die Ureterenmündung einzustellen und einen seidenen Katheter einzuführen. Man kann denselben auch unter Zurückziehung des Cystoskops in situ liegen lassen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den diagnostischen Wert des Ureteren-Katheterismus für die Nierenchirurgie, von E. HOLLAENDER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 34.) Verfasser sucht in dieser Arbeit vor einer kritiklosen Überschätzung der Bedeutung des Ureterenkatheterismus und vor einer Geringschätzung der mechanischen und chemischen diagnostischen Hilfsmittel zu warnen und wendet sich besonders gegen CASPER. Der Ureterenkatheterismus habe auch diagnostische Irrtümer und Gefahren für den Patienten im Gefolge. Man könne Läsionen setzen, die nicht nur Blutungen bedingen, sondern z. B. bei bestehender Tuberkulose derselben einen Angriffspunkt bieten. Die Folgen können dann erst lange Zeit später hervortreten. Die Sterilisierung der Instrumente ist kaum durchführbar, eine Infektion daher möglich. Demgegenüber ist der Nutzen oft ein zweifelhafter, wie Verfasser an der Hand der CASPERschen Thesen zu beweisen sich bemüht. Die Entscheidung, ob Blase, Niere oder beide krank sind, gelingt immer meist auch ohne Katheterismus der Ureteren. Die Frage, welche Niere krank ist oder ob beide es sind, kann derselbe auch nicht immer entscheiden. Wenn CASPER sagt, daſs der Ureterenkatheterismus die diagnostische Freilegung der Niere überflüssig mache, so bezweifelt Verfasser, ob eine solche überhaupt geübt wird. Die Freilegung der Niere ist stets die Einleitung zu einem therapeutischen Akt. — Wenn man durch den Ureterenkatheterismus vor Exstirpation einer Niere sich vom Vorhandensein und der Gesundheit der anderen überzeugen wolle, so müsse man bedenken, daſs der Befund eines anormalen Harns nicht entscheidend sei. Es gebe eine toxische Albuminurie als Folge anderer Leiden, so auch infolge einer Erkrankung der anderen Niere, die nur durch die Entfernung des ursprünglichen Krankheitsherdes schwinde. Abnormer Harn der anderen Niere kann den operativen Eingriff an einer schwer erkrankten Niere an sich noch nicht kontraindizieren. — Von geringem Wert ist auch die Sondierung des Ureters bei Hindernissen im Ureter, besonders bei Steineinklemmung. Der Stein ist nicht immer zu fühlen, wegen der oft bedeutenden Schleimhautschwellung; der gefühlte ist auch nicht immer der obturierende. — Jeden Wert will auch Verfasser dem Ureterenkatheterismus nicht absprechen, ihm kommt aber nicht die ihm beigemessene souveräne Bedeutung zu. Er verleitet zu diagnostischer Polypragmasie, die entbehrlich ist. (Verfasser geht wohl in seiner Kritik zu weit. Wenn auch die Urologen vielleicht die Katheterisation des Ureters in ein zu helles Licht stellen, so darf sich doch

der Verfasser nicht verleiten lassen, in das andere Extrem zu verfallen. Nahe daran ist er. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den diagnostischen Wert des Ureteren-Katheterismus für die Nierenchirurgie, von LEOPOLD CASPER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 38.) Die vorliegenden Ausführungen bilden die Entgegnung auf den gleichnamigen Aufsatz von HOLLAENDER in No. 34 dieser Wochenschrift, in dem der Wert der Ureterensondierung sehr niedrig veranschlagt wird, und zwar weil einerseits die Methode zu gefährlich sei, andererseits wenig diagnostische Anhaltspunkte gäbe. CASPER geht nun auf die verschiedenen Einwände von HOLLAENDER näher ein. Neues kann natürlich diese Polemik nicht bringen. Wer die Arbeiten beider Autoren kennt, wird sich leicht ein Bild darüber machen können, was die Uterensondierung leistet. Wo eine strikte Indikation vorliegt, wird man sie üben, wie man sich an jeden diagnostisch wichtigen Anhaltspunkt klammert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Überzähliger Ureter. Behandlung. Heilung, von ALBARRAN. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 43.) Ein 20jähriges Mädchen litt seit der Geburt an Incontinentia urinae, trotzdem sie auch normale Harnentleerungen in regelmäfsigen Intervallen hatte. Unterhalb der Urethralmündung fanden sich zwei kleine blindsackartige Öffnungen, aus denen der Harn tropfenweise flofs. Die genaue Untersuchung mittels Injektion von Methylenblaulösung in die Blase, Cystoskopie, Sondierung ergab, dafs es sich um einen nach aufsen mündenden überzähligen Ureter handelte. Die Entstehungsweise eines solchen wird entwickelungsgeschichtlich erläutert. Nur vier solche Fälle mit genaueren Angaben über das Heilungsverfahren hat Verfasser gefunden. Die einfache Unterbindung des überzähligen Ureters ist wegen Gefahr einer Hydronephrose nicht zu raten. Verfasser verfuhr folgendermafsen: Laparotomie, Sectio alta, Einlegen von Sonden in die normalen Ureteren, Blofslegung des überzähligen durch T-förmigen Schnitt in der vorderen Vaginalwand, Einnähen desselben in die Blasenwand, Naht der Vaginalwunde. Erst die zweite Operation führte völlige Heilung herbei. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Hermaphroditismus, von WALTER MENKE. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 26.) Verfasser sah einen Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus, bei dem die Clitoris zum Penis sich entwickelt hatte, jedoch die Schamlippen nicht verwachsen waren, keine Atresie der Vagina bestand. Nach der Sektion fand sich ein Situs inversus der Beckenorgane. Der Darm verläuft zweimal geknickt rechts; der Uterus ist durch die vergrösserte Blase nach links verdrängt. Das Becken hat einen merkwürdigen Bau, wie ein osteomalacisches Becken en miniature. — Verfasser äufsert sich ausführlicher über die soziale und gesetzliche Stellung der Zwitter. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein seltener Fall von acquirierter Atresia vaginae, von D. POPOW. (*Botkinsche Hospitalstg.* 1897. No. 11—12.) Es handelte sich um eine 45jährige Nullipara, bei der zwei Jahre vor ihrer Aufnahme eine spontane Losstofsung eines höchst wahrscheinlich submukösen Fibroms des Cervikalkanals erfolgt war, die von Eiterung und Fieber begleitet war. Die Untersuchung ergab eine vollständige narbige Verwachsung des oberen Drittels der Scheide, an deren Stelle ein ca. 4 cm langer Blindsack existierte. Daneben bestanden Retroversio uteri, Parametritis chronica adhaesiva und Pelveoperitonitis. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über den Prolaps der Urethra beim Weibe, von SCHOLTZ. (*Mitteilungen a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten.* Bd. I. Heft 2.) Neun Fälle von Urethralprolaps bei

Frauen werden mitgeteilt, fünf totale und vier partielle. Das Leiden ist selten, kommt besonders bei Kindern und alten Frauen vor. Als ätiologische Momente werden in der Litteratur angeführt: Starkes Drängen zum Stuhl, blennorrhoische Urethritis, Blasenkatarrh, heftiger Husten, angeborene Weite der Urethra. — Schmerzen, erschwertes Urinieren, Blutungen sind die Symptome. — Spontane Retraktion ist beobachtet. Die Reposition hat nur bei plötzlichem Vorfall dauernden Wert. Zur Heilung ist empfohlen Einführung von Dilatatoren und Salben zur Beseitigung des Muskelkrampfes mit nachfolgender Ätzung. Kauterisationen mit Ätzmitteln etc. sind vielfach geübt ohne sichern Erfolg. Das beste ist es, den Vorfall ganz abzutragen. Man benutzt dazu den Thermokauter, indem man die Schleimhautpartien mit der Zange faßt, vorzieht und hinter derselben wegbrennt. In drei Fällen wurde der Prolaps mit der Schere entfernt und genäht. Der Erfolg war ein sehr guter. Nötig ist während der Nachbehandlung das Einlegen eines Dauerkatheters.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von primärer Tuberkulose der Vulva mit elephantiastischen Veränderungen der Clitoris, von Ernst R. v. Karajan. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 42.) Bei einem nicht gerade schlecht genährten Mädchen bildet sich im ersten Lebensjahre mit einem Ekzem der Schamgegend eine Hypertrophie der Clitoris, die einen penisartigen Tumor darstellt. Die histologische Untersuchung der abgetragenen Clitoris ergiebt bindegewebige Wucherung und tuberkulöse Infektion. An Stelle des amputierten Tumors entwickelt sich in zehn Monaten ein Recidiv mit Schwellung der Drüsen, Ulcerationen von Vulva und Vagina. Keine Lungenaffektion; ekzematöse Conjunctivitis. Es handelt sich also um eine primäre Tuberkulose der äußeren Genitalien bei einem an Ekzemen derselben leidenden, viel kratzenden Kinde. — Ähnliche Fälle sind sehr wenige in der Litteratur verzeichnet. Demme, Schenk, Küttner berichten Fälle bei jüngeren Kindern, Viatte und andere solche bei Erwachsenen. — Besonders bemerkenswert in dem hier mitgeteilten Falle ist die elephantiastische Hypertrophie der Clitoris als Folge tuberkulöser Infektion, wie es ja ähnlich Riehl-Paltauf beschrieben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Bartholinitis mit Injektionen von Salicyl-Alkohol, von Cordier. (*Presse méd.* 1897. No. 99.) Verfasser unterscheidet vier Kategorien von Bartholinitiden: a) die phlegmonöse Form, wo man besser die spontane Eröffnung des Abscesses erwartet, b) die subakute, recidivierende Form, c) die chronische, mit beständigem Flusse, d) die cystische. In den drei letzteren Varietäten führen nun die Injektionen zu rascher Heilung. Verfasser verwendet dazu 25%ige Lösungen. Die Prozedur ist schmerzlos. *C. Müller-Genf.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Prophylaxe und Behandlung der Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum, von L. Fürst-Berlin. (*Fortschr. d. Med.* 1898. No. 4.) Verfasser bespricht zunächst das Credésche Verfahren und dessen Variationen. Statt des Argent. nitr., dessen Ätzwirkung auf die sehr empfindliche Conjunctiva, namentlich bei ungeschickter Ausführung durch die Hebammen und in der Privatpraxis, als ein sehr unangenehmer Mangel bezeichnet werden muß, empfiehlt er das reizlose Protargol. Acht Fälle wurden prophylaktisch, 16 therapeutisch mit dem Mittel behandelt. Prophylaktisch wurde nach Sublimatspülung der Vagina jedes Auge mit 10%iger lauer Protargollösung ausgewaschen und nachgetrocknet. Eine Blennorrhoe wurde nicht beobachtet, es fehlte jede Reizung. Bei den 16 infizierten Kindern wurden zwei Tage 10%ige

dann 5%ige Protargolwaschungen dreimal täglich angewandt und aufserdem von der 10%igen, vom dritten Tage ab von der 5%igen Lösung täglich zweimal ein Tropfen eingeträufelt. Zwei mit Keratitis komplizierte Fälle wurden überdies mit Kompressen von 5%iger Borlösung behandelt, im übrigen Eiskompressen verwandt. In sämtlichen Fällen trat in 5—10 Tagen Heilung ein. Verfasser schliefst: 1. In der Prophylaxis und Therapie der Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum besitzt das Protargol vor dem Arg. nitr. den Vorzug der Unzersetzlichkeit, Reizlosigkeit und leichteren Anwendbarkeit, sowie der Schonung der Wäsche. 2. Im allgemeinen genügt prophylaktisch das Auswaschen mit Protargol; in Fällen jedoch, wo der Nachweis oder Verdacht mütterlicher Blennorrhoe vorliegt, ist neben präparatorischer Scheidenspülung und Auswaschen die Einträufelung indiciert. 3. Die Protargol-Auswaschung verdient in der Privatpraxis der Hebammen, denen die Lösung gratis zur Verfügung gestellt werden müfste, neben der Anzeigepflicht als prophylaktische Mafsregel obligatorisch eingeführt zu werden. 4. Für die Ophthalmie-Prophylaxis in Kliniken ist die Protargol-Spülung des Conjunctivalsackes, ja selbst die Waschung der Augenlider der Höllenstein-Einträufelung zum mindesten gleichwertig. 5. In der Therapie ist das Protargol in Form von Spülung oder Einträufelung von sicherer, ziemlich schneller und reizloser Wirkung.

A. Strauſs-Barmen.

Periurethrale Abscesse im Verlaufe des Trippers, von Bernardbeig. (*Annales d. mal. d. org. gén.-ur.* 1897. No. 9.) Im Eingange des Artikels hebt Verfasser hervor, dafs unter den periurethralen Äufserungen des Trippers die Follikulitiden die häufigsten sind, jedoch ereignet es sich selten, dafs diese Follikulitiden das periglanduläre Gewebe angreifen und zu periurethralen Abscessen Veranlassung geben, wie es in dem vom Verfasser geschilderten Falle eintrat. Der 42jährige Patient zog sich im Juni 1895 einen Tripper zu. Vierzehn Tage später bildete sich in der spongiösen Gegend an der Unterfläche des Penis eine mäfsige Anschwellung bis zu Mandelgröfse. Diese periurethrale Affektion schwand schon nach acht Tagen. Aber im September, nach einem verdächtigen Coitus, erschien sie wieder an der nämlichen Stelle und vergröfserte sich allmählich. Dabei zeigte sich neuerdings Gonokokken führendes Sekret. Die Entzündung wuchs, die Incision dieses periurethralen Abscesses wurde jedoch verweigert. Es erfolgte dann die Entleerung des Eiters in die Harnröhre, jedoch trat später ein dritter periurethraler Abscefs hinter dem zweiten auf, auch dieser entleerte sich nach innen; alles heilte, trotzdem noch Hodenentzündung sich zugesellte. — Merkwürdig erscheint in diesem Falle die frühzeitige Entstehung des perifollikulären Abscesses, die Ausbreitung der Entzündung auf eine weite Strecke des perifollikulären Gewebes, die Zahl der entzündlichen Herde. Alle diese Entzündungsvorgänge spielten sich auf der unteren Wand des Harnröhrenkanals ab, ganz im Gegensatz zu den knotenbildenden Entzündungen der Lymphgefäfse, welche in der Regel das Dorsum penis heimsuchen; dort fühlt man dann die Stränge, Knoten und perlschnurähnlichen Züge. *Neuhaus-München.*

Bakteriologischer Beitrag zum Studium der periurethralen blennorrhoischen Abscesse, von Stanziale. (*Rif. med.* Febr. 1897.) Verfasser hat in drei Fällen von periurethralen Abscessen im Gefolge einer Blennorrhoe den Gonococcus im Eiter nachgewiesen und zwar einmal allein, einmal gleichzeitig mit dem Staphylococcus pyogenes albus und einmal mit dem Staph. pyog. aureus. Er schreibt deshalb dem Gonococcus eine pathogenetische Rolle bei der Bildung dieser postblennorrhoischen Abscesse bei. *C. Müller-Genf.*

Über die Behandlung der Metritis, speziell der blennorrhoischen Endometritis des Uterushalses durch lokale Anwendung von Wintergreen-Öl, von Jouin. (*Presse méd.* 1897. No. 94.) Das eingepinselte Öl dringt bis in die

(Drüsengänge ein und unter seiner Einwirkung heilen sowohl frische als alte entzündliche Prozesse verhältnismäfsig rasch ab. Aufser dem Wintergreen-Öl hat Verfasser auch Salicylsäure, die er geradezu für ein Specificum in solchen Fällen hält, angewendet und bis in die Tuben gebracht und damit die Heilung alter Salpingitiden erzielt. Die Salicylsäure hat er in Form von Methylsalicylat appliziert, nach dem Vorschlage von Lingossier und Lannois, die es beim Rheumatismus empfohlen haben. (Franz. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.) *C. Müller-Genf.*

Zur Therapie der chronischen Cervikalblennorrhoe, von Fr. Lehmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* Therap. Beilage. 1898. No. 1.) Die Thatsache, dafs die Gonokokken auch im Cervix in die tieferen Schleimhautschichten und in die Drüsen eindringen, führte den Verfasser zu folgender Behandlung, die aber nur bei chronischen Fällen bei freiem Perimetrium und intakten Adnexen angewendet werden darf. Es werden konische Dilatatoren im Speculum unter Anhaken des Uterus in den Cervix eingeführt; die Dilatatoren ruhen in kleinen metallenen Röhrenspeculis. Unter Zurückziehen des letzteren wird nach Entfernung des obturierenden Dilatators die Schleimhaut mit Flüssigkeiten mittels Playfairscher Sonde geätzt. Der Prozedur geht eine Sodaspülung oder ein gründliches Auswischen des Sekretes voraus. Das Verfahren wird wöchentlich einmal wiederholt. Zehn Fälle hat Verfasser so behandelt; das Resultat war ein sehr günstiges. Einige Beispiele werden angeführt. Tiefe Cervixrisse lassen die Dilatation nicht zur vollen Geltung kommen. Als Ätzmittel wurden verwendet Chlorzink, Argonin, Argentum nitricum. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Existenz und Therapie der chronischen Vaginalblennorrhoe, von Oscar Bodenstein. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 42.) Das hartnäckige Fortbestehen mancher Blennorrhoen beim Weibe trotz aller therapeutischen Mafsnahmen ist oft sehr auffallend. Verfasser fand für eine Reihe von Fällen eine Erklärung, in dem Befunde eines blennorrhoischen Prozesses im hintern Scheidengewölbe, welches ein dünnflüssiges, kopiöses, gelbes Sekret absonderte, in welchem Gonokokken gefunden wurden. Im allgemeinen wurde das Vorkommen einer Vaginalblennorrhoe bei Erwachsenen vielfach bestritten, als primärer Sitz der Blennorrhoe wurde die Urethra angesehen. Jedoch ist das doch nur in den Fällen anzunehmen, in denen der Mann eine starke, fliefsende Sekretion hat; wo der letztere nur an chronischer Blennorrhoe leidet, ist die Infektion der Urethra nur wenig wahrscheinlich. Näher liegt die Annahme einer Primärinfektion des hintern Scheidengewölbes mit sekundärer Infektion der Urethra. — Wichtig für die Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe sind die klinischen Kriterien, wie sie Sänger klar geschildert: I. Die Anamnese: Ophthalmoblennorrhoe eines Kindes? Brennen beim Urinieren? Gonokokkennachweis beim Manne? II. Die Erkrankung der Bartholinischen Drüsen: linsengrofser, purpurroter Hof um die Mündung derselben (Maculae blennorrhoicae). III. Fisteln, Abscesse, Cysten der Bartholinischen Drüsen. IV. Spitze Kondylome. V. Dunkelfleckige Rötungen auf gelbweifsem, streifigem Grunde an der Vulva. VI. Erosionen am äufseren Muttermund. VII. Hervortreten der Granula in der Vaginalschleimhaut nach Betupfen mit 50%iger Chlorzinklösung. VIII. Rötung der Urethralmündung, Sekrete in und um die Urethra, Verdickung der Urethralwandung. — Als weiteres Kriterium dient noch die Tamponade der Scheide. — Verfasser hat zwanzig reine chronische Vaginalblennorrhoen beobachtet, und zwar in allen Lebensaltern, bei blonden wie bei brünetten Personen. — Die prophylaktischen Spülungen nützen wenig, da die Flüssigkeit besonders in das hintere Scheidengewölbe nicht eindringt. Dazu bedarf es einerseits der Benutzung von 12 cm langen Mutterrohren, andererseits der Beimengung von Luft zur Spülflüssigkeit. Man mufs einen Aerokolpos hervorrufen, wozu

die Luftmenge eines leeren Mutterrohres genügt. Nach der Spülung läfst man die Luft durch Druck auf die hintere Scheidewand austreten. — Für frische Fälle genügt das Auswaschen der Scheide mit dem Finger. Wo aber die Gonokokken, wie wahrscheinlich, tiefer in die Schleimhaut eingedrungen sind, da mufs eine feste Tamponade der oberen Scheidenhälfte angewendet werden; dadurch entsteht eine stärkere Sekretion an den blennorrhoisch infizierten Stellen. In diesem Sekret findet man dann oft Gonokokken. Scheidenbäder mit 20% Arg. nitr. kamen zur Anwendung, aber ohne Heilerfolg. Es wurde deshalb zum 10%igen Ichthyolglycerin gegriffen, welches den Säftestrom an die Oberfläche leitet. Damit getränkte Tampons drückte Verfasser in das hintere und vordere Scheidengewölbe. Dadurch wird das Epithel abgelöst; jetzt wird dann 5—20% Arg. nitr. appliziert. Bei gleichzeitiger Adnexerkrankung mufste durch Ichthyolglycerin ohne feste Tamponade diese erst gebessert werden, bevor die Tamponade ausgeführt werden konnte. — Die beste Zeit für die Behandlung ist diejenige vor und nach der Menstruation, da dann die Sekretion am stärksten ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Allgemeine Gonokokkeninfektion, von Hallé. (*Presse méd.* 1897. No. 94.) Eine jüngere, kräftige Frau wurde wegen einer leichten Metritis ins Spital aufgenommen; wenige Tage danach verschlimmerte sich der Allgemeinzustand und es entwickelte sich das Symptomenbild einer Septikämie; es entstanden Gelenkeiterungen und eine septische Endocarditis; Exitus letalis 14 Tage nach der Aufnahme. Bei der Autopsie wurde eine typische blennorrhoische Metritis konstatiert; aus dem Gelenkeiter wurde der Gonococcus im Reinzustande kultiviert, ebenso aus den entzündlichen Wucherungen im Endocard. Negatives Resultat bei der Untersuchung des Blutes sowie der serösen pleuralen und pericardialen Exsudate. (Med. Gesellsch. der Paris. Hospit.) *C. Müller-Genf.*

Zur Kasuistik der durch Gonokokken hervorgerufenen paraartikulären Phlegmonen, von Rudolf Meyer. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 1.) In dem hier mitgeteilten Falle ist durch den Gonococcus eine wahre Bindegewebsphlegmone hervorgerufen. Es handelt sich um eine phlegmonöse Entzündung neben dem Ellenbogengelenk. Im Eiter und in den nach der Eröffnung ausgeschabten Granulationen waren massenhaft Diplokokken in Leukocyten zu finden, die sich nach Gram entfärbten. Die Kultur auf Hydrocelenagar gab typische Gonokokkenkulturen; auf Glycerinagar wuchs nichts. Eine irritierende Injektion in die Urethra rief einen Ausfluís hervor, welche zahlreiche Gonokokken enthielt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Frage der Gonokokken-Toxine, von Schäffer. (*Fortschritte d. Med.* 1897. No. 21.) An drei Patienten mit Urethritis chronica nach abgelaufener Blennorrhoe versuchte Verfasser die Wirkung des Filtrates von Gonokokkenkulturen in Ascites-Fleischwasserbouillon oder Ascites-Milzbouillon. Die Injektion in die Urethra bewirkte jedesmal einen akuten, kurzdauernden Harnröhrenkatarrh mit stark eitrigem, von Mikroorganismen freiem Sekret, der nach zwei Tagen wieder verschwunden war. — Verfasser weist in der Arbeit auf die vielen Punkte hin, die das Studium der Gonokokkentoxine zum Teil klären könnte. Da wäre die Frage nach der lokalen Immunität oder die Angewöhnung der Urethralschleimhaut gegenüber den Stoffwechselprodukten der Gonokokken, sowie diejenige nach dem Einfluís einer Entzündungssteigerung auf den Verlauf des infektiösen Prozesses. Vielleicht wären die Toxin-Injektionen zur provokatorischen Reizung zu benutzen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Gonokokkenkultur und Gonokokkengift, von A. Wassermann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 32.) Zur Kultur des Gonococcus haben sich bisher nur Mischungen als brauchbar erwiesen, die den Angaben Wertheims entsprechend unkoaguliertes Serumalbumin und Pepton enthalten. Am geeignetsten ist das schwer beschaffbare menschliche Serumalbumin. Verfasser suchte nun einerseits einen Zusatz zu finden, der es gestattet, eiweifshaltige Flüssigkeiten ohne Koagulation durch Hitze zu sterilisieren, andererseits das menschliche Serum durch Tierserum zu ersetzen. Ersteres gelang durch Zusatz von Nutrose, Caseinnatriumphosphat, welches Salkowski dargestellt hat, letzteres durch Verwendung von Schweineserum. Es werden 15 ccm Schweineserum mit 30—35 ccm Wasser verdünnt, 2—3 ccm Glycerin und 0,8 Nutrose zugesetzt. Erhitzung im Erlenmeyerschen Kölbchen über der freien Flamme bis zum Kochen, dann Sterilisierung an zwei Tagen während 10—15 Minuten. Dann hat man steriles, haltbares Serum, das man zur Herstellung von Platten mit 2% Peptonagar vor dem Gebrauche mischt; das Zusammengiefsen mufs bei 50—60° erfolgen. Die zusammengegossene Mischung darf nicht noch einmal aufgekocht werden. Bei dem eiweifsreichen Schweineserum kann etwas stärker verdünnt werden, etwa 15 : 35—40 Wasser. Mittels des so hergestellten Nährbodens hat Verfasser zunächst studiert, ob der Gonococcus im stande ist, ein spezifisches Gift zu bilden. Er nahm dazu aber eine Mischung seines Schweineserum mit Peptonbouillon. Die Gonokokken wurden nach drei Tagen abgetötet und die Flüssigkeit auf Gifte untersucht. Es wurde gefunden, dafs der Gonococcus ein spezifisches Gift bildet, das in der Substanz des Gonococcus selbst enthalten ist. Kleine Mengen erzeugen an der Applikationsstelle Entzündung, Fieber, Schwellung der nächstliegenden Drüsen, starke Muskel- und Gelenkschmerzen. Immunisierung gegen das Gift gelingt nicht. Verfasser will durch dieses Gift verschiedene klinische Erscheinungen erklären, so den blennorrhoischen Muskelrheumatismus, flüchtige Gelenkschwellungen und die ausgedehnten gynäkologischen Erkrankungen. Hier findet man oft so wenig Gonokokken, dafs sie gar nicht im Verhältnis zu der Ausdehnung des pathologischen Prozesses stehen. Das würde sich dadurch erklären, dafs die etwa in einem alten Exsudate vorhandenen Gonokokken zu Grunde gegangen sind und nun durch die giftigen Eigenschaften ihrer Körper die Entzündung unterhalten. Man darf deshalb in solchen Herden nicht den Gonokokkennachweis verlangen. Wo man in ihnen sterilen Eiter findet und Tuberkulose ausschliefsen kann, darf man die Erkrankung als blennorrhoische ansehen, denn die anderen Eitererreger halten sich länger. Auch der so oft fehlende Befund von Gonokokken bei Gelenkaffektionen erklärt sich in gleicher Weise. Die Verwachsungen werden durch die entzündungserregenden Substanzen erzeugt, die der Gonococcus zurückläfst. Der Untergang der Gonokokken in geschlossenen Höhlen ist ein sehr mifslicher pathologischer Vorgang, der therapeutisch das Schaffen eines Abflusses dringend indiziert.

In der sich an diesen Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 14. Juli 1897 anschliefsenden Diskussion fragt G. Behrend, wie die Experimente vom Verfasser ausgeführt sind und ob sie am Menschen angestellt wurden. Auffallend ist, dafs in der geschlossenen Urethra Gonokokken noch nach Ablauf jedes Entzündungsprozesses zu finden sind. — Landau: Die Experimente von Wassermann lehren, dafs man sein therapeutisches Handeln in gynäkologischen Fällen nicht vom Gonokokkenbefund abhängig machen soll, wie manche verlangen. Auch der bakterienfreie Eiter von Pyosalpinx kann Abscesse erzeugen. Ob dabei die Toxine der Gonokokken wirksam sind, wie der Verfasser meint, ist noch fraglich. Auffallend ist es, dafs diese so lange sich konservieren sollen. Da die Gonokokken und ihre Toxine nur lokal wirken, kann es zu umschriebener, aber nicht diffuser blennorrhoischer Peritonitis

kommen, welche eine Wucherung der Gonokokken in der Peritonealhöhe zur Voraussetzung hat. — KIEFER teilt mit, dafs auch A. FRAENKEL eine Methode gefunden hat, um die Koagulation seröser Flüssigkeiten beim Kochen zu verhüten. Die Ausführungen WASSERMANNS über die Toxinwirkung der Gonokokken stehen mit den Erfahrungen anderer Forscher, BUMM, STEINSCHNEIDER in Widerspruch. Über die Bedeutung der Toxine in steril gewordenen Eitersäcken hat der Redner, wie er citiert, früher schon ähnliche Anschauungen geäufsert. — E. WERTHEIM (Wien) hat vor Jahren auch mit unfiltrierter abgetöteter Kultur von Gonokokken in Serumbouillon ähnliche Entzündungserscheinungen durch subcutane Injektion erzielt. Ob das Gift ein spezifisches ist, mufs dahingestellt bleiben. Die Annahme, dafs langdauernde Prozesse durch die Toxine unterhalten werden, hat das auffallende, dafs man doch nicht recht versteht, warum dieselben nicht resorbiert werden. Für die Diagnose mufs nach wie vor der Nachweis der Gonokokken durch Mikroskop oder Kultur verlangt werden. Dafs es eine blennorrhoische Peritonitis giebt, ist nicht zweifelhaft; dem Redner ist es nur gelungen circumscripte Peritonitis zu erzeugen. — BROSE hat zwei zweifellose Fälle blennorrhoischer Peritonitis gesehen; beide genasen. — BUSCHKE teilt mit, dafs SCHAEFFER in Breslau mit filtrierten Gonokokkenkulturen experimentiert hat, die frei waren von Gonokokkenleibern. Tiere fieberten nach der Injektion, aber die reine Ascitesbouillon bewirkte ebenfalls Fieber. Nach Injektion in die menschliche Urethra bei chronischer Blennorrhoe ohne Gonokokken trat ziemlich heftige Eiterung ein, die in wenigen Tagen versiegte. Eine Beeinflussung des Prozesses zeigte sich nicht. Die Mutmafsung, dafs eine solche durch die Toxine stattfinden könne, war theoretisch gehegt worden. Der negative Gonokokkenbefund beweise nicht die Wirkung von Toxinen. In kalten Abscessen findet man oft auch absolut keine Tuberkelbacillen, und doch kann man bei Tieren mit dem Eiter Tuberkulose erzeugen. Es sind eben die Bacillen in sehr spärlicher Zahl enthalten. Dafs Bakterien jahrelang im Körper leben bleiben können, beweist der Nachweis von Typhusbacillen in einem sieben Jahre nach Typhus noch bestehenden geschlossenen Knochenherde. — LESSER weist darauf hin, dafs blennorrhoische Arthritis und Tendovaginitis auch ohne Eröffnung heilen können. Interessant ist es, dafs wir jetzt wieder auf den alten Standpunkt von der Lues blennorrhoica mit Metastasen zurückgekommen sind. — HELLER fragt, ob WASSERMANN mit seinen auf dem neuen Nährboden gezüchteten Gonokokken Tierversuche angestellt. Ihm ist die Erzeugung von Augenblennorrhoe bei jungen Kaninchen mit Reinkulturen gelungen. Auch über etwaige Formveränderungen der Gonokokken bei fortgesetzter Züchtung möchte er Auskunft haben. — WASSERMANN berichtet, dafs intraperitoneal mit frischer Gonokokkenkultur geimpfte weifse Mäuse auch zu Grunde gehen. Es gelingt nicht, in der Peritonealhöhle Gonokokken zu finden. Diese sind abgestorben, ihre Toxine geblieben. Die Differenzen zwischen seinen Versuchen, denjenigen WERTHEIMS, BUSCHKES einerseits und FINGERS andererseits sind durch die verschiedene Wirksamkeit verschiedener Kulturen zu erklären. Über die Zeit, während deren Toxine in alten Herden haltbar sind, hat er keine Erfahrungen sammeln können. Übrigens hat er nicht behauptet, dafs man absolut gar keine Gonokokken in ihnen mehr findet. Es besteht nur ein Mifsverhältnis zwischen ihrer Menge und der Heftigkeit des Prozesses. Die lange Haltbarkeit der Toxine erklärt sich durch die schwere Dialysierbarkeit derselben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 6. 15. September 1898.

Dermosyphilopathisches Institut der k. Universität zu Bologna,
geleitet von Prof. D. Majocchi.

Über das Eccema rubrum universale.

Von

Dr. J. Pini und Dr. P. L. Bosellini,
Assistenten.

(Mit Tafel III.)

In der Beschreibung und Definition des Eccema rubrum stimmen die Dermatologen noch immer nicht überein. Hebra (1), Neumann (2), Kaposi (3), Morris (4), Behrend (5) betrachten das Eccema rubrum blofs als ein zufälliges Stadium und nicht als eine besondere Varietät des akuten Ekzems. In ihrer Klassifikation der Ekzeme nach ihrem Sitze lokalisieren die genannten Autoren das rote Ekzem an Stellen, wo eine vermehrte Reibung stattfindet, oder in Falten und Furchen oder sie beschreiben es als ein Epiphänomen im Verlaufe des universellen Ekzems.

Andererseits betrachtet Rayer (6) das Eccema rubrum als eine Varietät des akuten Ekzems; Guibout (7) nennt Eccema rubrum eine meist trockene akute Eruption, die er auch als Febris eccematosa bezeichnet. Duhring (8) erklärt es zuerst als ein Stadium, dann als eine Varietät des Ekzems und sagt, dafs man es öfters an den Beinen der alten Leute beobachtet. Tilbury Fox (9) sieht es als einen seiner drei Haupttypen des Ekzems an, Bazin (10) als eine pseudoexanthematische Form und auch Hardy (11) rückt es den akuten Exanthemen näher.

Während man also deutscherseits annimmt, dafs jede Ekzemform in die rote und stark nässende übergehen kann (Eccema rubrum seu madidans), geht die französische und auch die englische Schule darauf aus, von den chronischen Ekzemen eine Dermatose loszutrennen und unter die akuten Formen einzureihen, welche sich in ihrem ganzen Verlaufe durch eine intensive Rötung, durch reichliche Exsudation sowie durch prodromale und konkomitierende, subjektive und objektive Symptome auszeichnet, die zweifellos nicht allen Ekzemen gemeinschaftlich sind. Diese Meinungs-

verschiedenheit der Autoren hat ihren Hauptgrund in den abweichenden Theorien, welche die beiden Schulen bezüglich der Natur und Ätiogenese der Ekzeme lehren. So betrachtet die Wiener Schule die Ekzeme als ebensoviele lokale Affektionen, während ALIBERT (12), CAZENAVE (13), BAZIN (14), HARDY (15), BESNIER (16), BROCQ (17) und viele andere einen grofsen Wert auf die individuelle Disposition und die Konstitution des Patienten legen und geneigt sind, die Ekzeme als durch allgemeine Krankheitszustände (Depression) unterhaltene Hauterscheinungen aufzufassen. Die Frage ist somit noch nicht entschieden und wir selbst sind gewifs nicht in der Lage sie zu lösen. Sicher jedoch ist, dafs die Klasse der Ekzeme, wie sie sich heute zusammensetzt, mancherlei Elemente enthält, die sich sowohl klinisch als morphologisch bedeutend von einander unterscheiden, so zwar, dafs man getrost annehmen darf, es werden in einer nicht allzu fernen Zukunft viele von ihnen abgetrennt und einer anderen Klasse zugeteilt werden oder eine neue Gruppe bilden.

In dieser Beziehung sind wir seit 1888 dank den Forschungen UNNAS einen guten Schritt vorwärts gerückt (18). Derselbe hat nämlich das seborrhoische Ekzem individualisiert, das seither von zahlreichen Autoren illustriert und in das richtige Licht gestellt worden ist, sowohl in pathogenetischer als in klinischer und therapeutischer Beziehung. Wenn aber auch heute noch einzelne hervorragende Dermatologen die Selbstständigkeit des seborrhoischen Ekzems in Abrede stellen, so liegt dies an folgenden Thatsachen:

1. In der Schwierigkeit, den ätiogenetischen Wert der sog. Morokokken festzustellen.

2. In der zunehmenden Vergröfserung der Gruppe, zu welcher UNNA eine Reihe selbstständiger Dermatosen rechnen will (Akne, Psoriasis, Pityriasis rubra GIBERT).

Aufser der UNNAschen Schule haben sich noch andere hervorragende Autoren für die parasitäre Natur der Ekzeme ausgesprochen, so u. a.: SCHWIMMER (19), HUTCHINSON (20), RAVOGLI (21), MALCOLM MORRIS (22), LEREDDE (23) und gröfstenteils auch NEISSER (24). KAPOSI (25) nimmt ohne Unterschied beide Entstehungsweisen an. Andererseits neigt BREDA (26) mehr zur Annahme einer inneren Ursache der Ekzeme. Nachdem er aus der Klasse der eigentlichen Ekzeme verschiedene verwandte Dermatosen ausgeschlossen hat, die man bis vor kurzem zu den Ekzemen gezählt hatte, kommt er zu folgendem Schlusse: „Wenn man auch das Ekzem als eine oberflächliche Dermatose betrachten will, so darf man doch nicht alles ohne Unterschied über den Haufen werfen, was uns die Theorien über den Herpetismus und Arthritismus gelehrt haben. Darin können wir einen Berührungspunkt mit der Theorie der Ekzematisation und Lichenisation der französischen Schule erblicken (HARDY, BROCQ und

Jacquet), deren Ausläufer man in der neuropathischen Theorie von Bulkley (27), Leloir (28), Pellizzari (29), sowie in den Theorien von Watraszewski (30), Petersen (31), Barlow (32) wiederfindet, welche diese Dermatosen in ätiologischen Zusammenhang bringen mit der Pathologie der inneren Organe.

Es mufs hier bemerkt werden, dafs alle diese Ansichten nicht allein bezwecken, den Bildungs- und Konstitutionsmechanismus des Ekzems zu erklären und auszulegen; sie sollten uns auch Aufschlufs geben über die Varietäten dieser Klasse von Dermatosen und als Basis einer Klassifikation der verschiedenen Typen verwendet werden können. Zu einer solchen hat uns aber bisher die pathologische Anatomie die erforderlichen differentiellen Symptome und Läsionen noch nicht geliefert. Auf diesen Punkt werden wir bei Gelegenheit der histologischen Untersuchungen zurückkommen.

Um nun zu den akuten Ekzemen und speziell zum Eccema rubrum zurückzukehren, nachdem wir die neuesten Ansichten einzelner Autoren angeführt haben, müssen wir uns noch fragen, wie es denn gekommen ist, dafs einzelne Fälle dieser Art von einigen Forschern als universelle Dermatitiden oder als Dermatitiden aus inneren Ursachen oder als toxische Dermatitiden beschrieben worden sind. Die Klassifikation dieser besonderen Dermatose gründete sich nämlich auf den akuten Verlauf, auf die intensiven entzündlichen Erscheinungen, die vollständige oder beinahe vollständige Restitutio ad integrum, die angebliche oder thatsächliche Beziehung der Dermatose zu physikalischen oder chemischen Agentien, toxischen Produkten oder medikamentösen Substanzen oder zu Störungen in den inneren Organen. Untersucht man aber die Sache näher, so kann einem nicht entgehen, dafs ein guter Teil der akuten, sowohl allgemeinen als partiellen Ekzeme sich eng an die Klasse der Dermatosen anschliefst und dafs öfters das Fehlen von irritierenden äufseren oder inneren Ursachen bei der Diagnose ausschlaggebend war. In anderen Fällen glaubte man sich erst dann definitiv aussprechen zu können, wenn, nach abgelaufenem akuten Stadium der Hauteruption, die Affektion sich nicht an einer Stelle mit den Erscheinungen eines chronischen Ekzems lokalisierte. Dies scheint aber nach Kaposi (33) für die Mehrzahl der akuten Ekzeme der Fall zu sein, obwohl er ebenfalls annimmt, dafs die eigentlichen Dermiten, bei denen alle Entzündungserscheinungen deutlich ausgeprägt sind, schliefslich in chronische Dermiten übergehen. So stofsen wir also in diesem terminalen Stadium der akuten Ekzeme und der Dermiten auf die nämlichen diagnostischen Schwierigkeiten, die wir in der akuten Phase dieser Prozesse angetroffen haben.

Dazu kommt noch, dafs uns die Histologie dieser Dermatosen bisher keine differentialdiagnostische Anhaltspunkte geliefert hat, die wir als

definitives Kriterium zur Diagnose oder als Vergleichsmomente verwenden könnten. Zu unserer Orientierung hierin finden wir vielleicht einige Anhaltspunkte in unseren Kenntnissen über die Reaktion der Gewebe gegenüber Reizen im allgemeinen und wir konstatieren eine derartige Analogie im histologischen Befund auch bei anderen Dermopathien (Granulomen), die selbst ätiologisch von einander abweichen (Syphilis, Tuberkulose, Lepra).

Von den bakteriologischen Versuchen bei diesen Ekzemen und Dermatitiden wollen wir hier überhaupt gar nicht reden, indem die kulturellen und experimentellen Resultate negativ ausfielen.

Trotz aller Analogien der Form, des Verlaufs und des Ausgangs, trotz der Analogien in den determinierenden und prädisponierenden Ursachen sind wir heute noch nicht in der Lage aus der Klasse der Ekzeme einzelne Formen auszuscheiden, die sich durch einen akuten Verlauf kennzeichnen und für welche die von KAPOSI gegebene Definition der Dermatosen paßt, welche „alle die Entzündung begleitenden Erscheinungen in ausgesprochenster Weise aufweisen." Würde man aber diese Formen von der Klasse der Ekzeme lostrennen und zur Gruppe der Dermiten zählen, so würde sich uns die Klasse der chronischen Ekzeme in viel schärferem, abgeschlossenerem Bilde darbieten und ihre Morphologie, ihr Verlauf und Ausgang sowie auch ihre pathogenetische Auffassung gleichmäßiger erscheinen.

Mit diesen Betrachtungen sind wir aber vom Hauptziele unserer Arbeit etwas abseits geraten, welches in der klinischen und histologischen Beschreibung eines Falles von Eccema rubrum bestehen sollte. Vielleicht hätte unsere soeben mitgeteilte Ansicht mehr Aussicht auf günstige Aufnahme gefunden, wenn sie in Gestalt von Schlußsätzen und nicht als Einleitung niedergelegt worden wäre. In diesem Falle hätten wir aber unserer Arbeit ein reichhaltiges Material von Beispielen der Dermatose, um die es sich hier handelt, vorausschicken müssen. Eine solche Leistung hätte aber unmöglich in so kurzer Zeit und durch einen einzelnen Forscher, ja selbst durch eine einzelne Schule vollführt werden können. Man möge deshalb unsere kurze Mitteilung als einen bescheidenen Beitrag zur Kenntnis des Eccema rubrum universale betrachten.

R. O., 59jährig, von gesunden Eltern, hat außer den gewöhnlichen Kinderkrankheiten, im Alter von 17 Jahren einige Anfälle von Herzklopfen gehabt, die ca. einen Monat gedauert haben. Vor etwa 9 Jahren litt er an einer exsudativen, erythematösen, pruriginösen, auf die Beine lokalisierten Dermatose, welche im Abulatorium dieser Klinik als nässendes Ekzem der unteren Extremitäten diagnostiziert wurde und rasch abheilte. In demselben Jahre stellte sich bei dem Patienten ein mäßiges Jucken in der Stirngegend ein, ohne daß sich jemals auf derselben Rötung

oder Exsudation zeigte. Dasselbe Jucken wiederholte sich dann jährlich im Winter und hörte gegen den Frühling zu spontan wieder auf, sodafs sich gegenwärtig der Patient nicht mehr darum kümmert. Anfangs April dieses Jahres nun und zur Zeit, wo sonst das Jucken nachzulassen pflegte, bemerkte der Patient plötzlich eines Morgens auf der Stirn eine mit Brennen verbundene Rötung und Exsudation. Achtundvierzig Stunden später war das ganze Gesicht gerötet, aufgeschwollen und fliefsend. Er erinnert sich auch, zu jener Zeit, nachts, einige leichte Schüttelfröste gehabt zu haben. Trotz der Anwendung einer Zinkoxyd und weifses Hg-Präcipitat enthaltenden Salbe verbreitete sich die Eruption über den Hals, den Rumpf und schliefslich auch über die Extremitäten, und zwar unter denselben Erscheinungen wie im Gesichte, nur fehlte an den Gliedmafsen die Exsudation sozusagen vollständig. Am 14. April 1898 trat der Patient in unsere Klinik ein und konstatierten wir damals folgenden Status:

Die Dermatose ist eine allgemeine, diffuse; die Haut heftig gerötet, gespannt, ödematös, glänzend, mit Furchen und Rhagaden, Krusten und Schuppen verschiedener Gröfse und Form, feuchten und trockenen Bläschen, welche Veränderungen jedoch nicht an allen Körperstellen in gleicher Weise entwickelt sind.

Auf dem Kopfe, welcher von einer dichten grau-weifsen Behaarung bedeckt ist, erkennt man eine starke kleienartige Abschuppung feiner graulich-weifser, leicht abzulösender Elemente, unter denen die Haut heftig gerötet erscheint. An den Grenzen des behaarten Kopfes sind die Schuppen etwas gröfser und fester anhaftend und mit dünnen, schmutzigweifsen adhärierenden Krusten vermischt.

Das ganze Gebiet und ein grofser Teil des Halses trägt eine der getrockneten Kreide ähnliche Farbe, herrührend von einer gleichmäfsigen Ablagerung schwer ablösbarer und unter sich zusammenhängender Schuppen und Krusten. In den Hautfalten (Stirn, äufseren Augenwinkeln, Naso-Labialfalte, Hals, Kinn, hinter Ohrengegend) sind diese Krusten von mehr oder weniger tiefen, roten, meist eine seröse Flüssigkeit oder Blut secernierenden Spalten durchzogen. Die Gegend des Schnurrbartes und des Bartes, welche eine dichte Behaarung aufweisen, ist ebenfalls nicht frei von solchen Auflagerungen. Die Dermatose überschreitet nirgends das Lippenrot, den Nasenflügelrand, den äufseren Gehörgang; ebenso läfst sich nichts davon auf den Schleimhäuten bemerken.

Rumpf: Von der Halswurzel bis zu den Inguinalfalten ist die ganze vordere Fläche des Rumpfes lebhaft rot, die unteren Partien mehr gelblich-rot. In der Gegend des Nabels umgiebt ein noch intensiver roter Streifen von ca. 4 cm Breite den Bauch in Gestalt eines Gürtels. Auf der vorderen Thoraxfläche sieht man Schuppen von derselben Art wie die oben beschriebenen; dieselben werden immer kleiner, je mehr man sich der

Abdominalgegend nähert. Hier nehmen sie die Gestalt von bläschenartigen Epidermisabhebungen von 1—2 mm Durchmesser an, sind unregelmäfsig zerstreut oder in Gruppen angeordnet, besonders in der Gegend der Hypochondria. Neben diesen Schuppen konstatiert man spärliche Bläschen mit wässerigem Inhalte, sowie seltene hämorrhagische ganz kleine Krusten. Der Nabel ist aufgeschwollen und glänzend.

Auf der hinteren Rumpffläche ist die Hautfärbung mehr rosarot und in der Gegend der Nates nimmt sie einen subikterischen Charakter an. Hier sind die Schuppen sehr klein, pityriasisartig und haben die Form von kleinen Kreisen oder Kreissegmenten.

Aufser der geringeren Rötung ist auch das Ödem und die Infiltration weniger ausgesprochen.

Gliedmafsen: Sowohl die oberen als die unteren Extremitäten zeigen eine diffuse, intensiv rote Färbung, welche auf der Beugeseite schärfer ausgeprägt ist als auf der Streckseite. Auch in diesen Gegenden bestehen Schuppenmassen, bald in Gestalt von trockenen bläschenartigen Ablösungen, bald als kleine Fetzen verhornter Epidermis, welche auf einer Seite der umliegenden Haut anhaften (gespaltene Bläschen). Die Haut ist überall trocken, gespannt, verdickt und läfst sich nur schwer in dicken Falten abheben. Im unteren Drittel der oberen und unteren Extremitäten sowie auf den Handrücken bemerkt man hirsekorngrofse Bläschen und Papeln, an den Fufsgelenken undurchsichtige weifse, ovale oder durch Konfluenz mehrerer Elemente unregelmäfsig gestaltete Bläschen. Handteller und Fufssohlen sind frei.

Genitalien: An denselben läfst sich nur eine gelblich-rosarote Färbung, schärfere Zeichnung der Hautfalten und etwas Schuppenbildung als Zeichen einer vorausgegangenen Eruption erkennen.

Innere Organe: Die Cirkulations-, Respirations- und Verdauungsorgane sind normal. —

Welche Diagnose pafst nun auf diese Hautaffektion? Als wir den Patienten untersuchten, waren alle Exsudationserscheinungen beinahe verschwunden und von freiem Serum liefs sich nur in den Rhagaden im Gesichte und am Halse etwas konstatieren; zahlreich waren aber die Spuren einer vorangegangenen Exsudation und in einzelnen Gegenden waren Serumansammlungen in Gestalt von Bläschen vorhanden. Auch abgesehen von der Anamnese, welche uns noch über andere wichtige Punkte aufklärte, liefs sich diese Eigenschaft der Dermatose, die Exsudation, mit Leichtigkeit aus der objektiven Untersuchung des Falles konstatieren. Diese Exsudation war aber nicht gleichmäfsig über die verschiedenen Gegenden verteilt, sondern blieb sozusagen auf Hals und Gesicht beschränkt. An diesen Stellen war die Krustenansammlung besonders reichlich, während man am Rumpfe und an den Extremitäten

fast gar nichts von solchen bemerkte und sich die Exsudation auf wenige Gruppen von Bläschen und einige Schuppenhaufen beschränkte. Daher rührte das so verschiedene Aussehen dieser Teile, so zwar, dafs man auf den ersten Blick hätte annehmen können, dafs es sich um zwei ganz verschiedene Dermatosen handle.

Allen befallenen Partien gemeinschaftlich war jedoch die intensive Röte, welche überall da, wo sie nicht durch Schuppen und Krusten verdeckt war, eine gleichmäfsige Intensität zeigte, aufser da, wo gewisse Faktoren in Frage kamen, so in den Falten und Gelenkbeugen, der Gürtelgegend, an den unteren Extremitäten (Stase). Dieses allgemeine Characteristicum der Affektion ist sehr beachtenswert, da es die Dermatose stets begleitet; es mufs also notwendig bei der Benennung der Dermatose berücksichtigt werden. Die Hyperämie mufs in diesen Fällen nicht allein wegen der Intensität der Färbung hervorgehoben werden, da sie häufig bei allerlei lokalen Dermatosen mit intensiver Rötung von einigem Bestande angetroffen wird, sondern wir können uns in diesen Fällen meist auch diese erythematöse Phase aus dem besonderen Sitze der Affektion (Intertrigo) oder aus der Einwirkung physikalischer (Druck, Reibung) oder chemischer (Medikamente) Reize erklären. In allen Fällen ist die Hyperämie meist nur vorübergehend. Auf Grund aller dieser Umstände sind wir der Ansicht, dafs das Qualificatif „rubrum" für diese Art von Dermatose nicht pafst und für die Fälle reserviert werden mufs, die es als konstantes Merkmal besitzen.

In unserem Falle war, wie gesagt, die Rötung ein charakteristisches Symptom; sie bildete die erste Phase, gleichsam die Vorhut der Affektion, und wir haben sie in ihrem ganzen Verlaufe verfolgen können.

Wenn nun zwar das Erythem in unserem Falle gewisse Analogien mit der Pityriasis rubra aufwies und an einigen Stellen die Desquamation, in Anbetracht der Feinheit und geringen Adhärenz der Schuppen derjenigen bei der Pityriasis rubra glich, so mufste uns andererseits die Exsudation allein schon genügend von der Unrichtigkeit einer solchen Diagnose überzeugen, abgesehen davon, dafs alle anderen Symptome der Pityriasis Hebra fehlten. Ebensowenig konnte es sich um eine abgeschwächte und gutartige Form der Pityriasis rubra handeln, von der uns Kaposi und verschiedene französische Autoren Fälle mitgeteilt haben. Da ferner bei unserer Dermatose die Desquamation weder ein hervorragendes noch das primäre Symptom darstellt, so können auch jene verschiedenen akuten oder subakuten, primären oder sekundären Formen von exfoliativen Erythrodermien Brocqs nicht in Frage kommen.

Als ebenso verfehlt müfste man den Versuch erklären, die Exsudation als eine Komplikation, ein Epiphänomen einer einfach erythematösen Dermitis zu betrachten, und es scheint uns, dafs derjenige vollständig fehl

gehen würde, der versuchen sollte, diese beiden Symptome, das Erythem und die Exsudation, voneinander zu trennen und zwei Dermatosen anzunehmen. Das klinische Bild der Affektion brachte uns deshalb unvermeidlich zum Ekzem zurück und die analytische Untersuchung des Exsudates und der Schuppen bestätigte diese Diagnose. Sowohl die gruppierten als die auf dem Rumpfe disseminierten Bläschen waren nämlich klein, durchsichtig, und wenn die Borken in den oberen Körperregionen nicht die bernsteinartige Färbung der ganz typischen Exemplare beim Ekzeme aufwiesen, so lag dies hauptsächlich an dem Umstande, dafs sie nicht mit Schuppen vermengt waren, und zweitens, dafs der Patient in den ersten Tagen eine Salbe aufgetragen hatte, welche ohne Zweifel die Färbung der Borken beeinflufst hatte. Andererseits konnte man sie auch nicht als eitrige oder mit Talgdrüsensekret vermischte Krusten ansehen. Von der schmutzigweifsen Farbe derselben können wir aber, wenigstens teilweise, auf die Art ihrer Zusammensetzung schliefsen. Hierin giebt uns die Anamnese wichtige Aufschlüsse, indem wir darin angegeben finden, dafs die freie Exsudation des Gesichtes und des Halses so intensiv war, dafs die Sekrete vom Gesichte wie profuser Schweifs herunterflossen. Diesem Umstande müssen wir um so mehr Wichtigkeit zuschreiben, als die Gleichmäfsigkeit in der Beschaffenheit der Krusten den sichersten Beweis bildete für ein gleichzeitiges Bestehen einer serösen Exsudation in jenen Körpergegenden. Aus der Histopathologie der Haut wissen wir aber, dafs sich eine so reichliche Exsudation nicht in Bläschen ansammelt, sondern die Epidermis durchbricht und einzelne Partikelchen derselben mitreifst, und dieser Umstand bildet einen wichtigen Faktor bei der Struktur und der Färbung der Krusten. Dazu kommen noch die Verunreinigungen von aufsen.

Noch wichtiger als die Färbung erscheint uns aber die Lokalisation der Krusten, welche genau auf die Gegend zwischen Haargrenze und Halswurzel beschränkt blieb. Weder die besondere anatomische Struktur der Haut in diesen Regionen, noch der Umstand, dafs dieselben unbedeckt sind, können uns über diese Lokalisation der Krusten aufklären; weder an den Händen und Füfsen, welche bei gewissen Dermatosen (Erythema solare, E. exsudativum) gleichzeitig mit dem Gesichte befallen werden, noch an den Beugeseiten der Glieder und des Rumpfes, welche die Prädilektionsstellen gewisser Hautaffektionen bilden (Ekzeme), vermochten wir nämlich eine Spur von Krustenbildung zu entdecken. Dagegen mufs bemerkt werden, dafs diese Lokalisation in Beziehung steht zur Intensität und Schnelligkeit der Exsudation am Ausgangspunkte der Eruption.

Dieses zweifache Aussehen des Eccema rubrum war bereits von Duhring (34) konstatiert worden. Dieser Autor unterscheidet zwei Varie-

täten dieser Dermatose, eine krustöse und eine exsudativ-desquamative; wie es scheint, können nach seiner Ansicht diese beiden Typen entweder getrennt oder aber auch bei demselben Individuum vereinigt vorkommen.

Bekanntlich aber findet man diese beiden Produkte des Ekzems, wenn auch nicht konstant in jeder Periode, so doch häufig bei demselben Individuum. Wir wollen aber nur die scharfe Begrenzung der Krusten hervorheben, wie wir sie in keinem anderen Falle von Eccema rubrum gesehen haben und wie sie sich nirgends in der spärlichen Litteratur über diese besondere Dermatose angeführt findet.

Nach genauer Erwägung aller dieser Einzelheiten glauben wir uns zur Diagnose eines Eccema rubrum berechtigt, dem wir aber noch das Eigenschaftswort universell beifügen müssen. Die Bezeichnung Eccema rubrum ohne weiteres oder Eccema universale scheint uns ungenau, indem die erstere Zweifel aufkommen lassen könnte über die Dauer und die Phase des Symptoms Erythem und die letztere nicht genügen würde zur Andeutung des akuten Auftretens und Verbreitens der Dermatose.

Zur Vervollständigung des klinischen Bildes müssen wir noch einiges sagen über den weiteren Verlauf und den Ausgang der Affektion, dem wir dann noch einige Angaben über die therapeutischen Maßnahmen in unserem Falle beifügen werden.

Beim Ausbruche der Dermatose hatte Patient über allgemeines Unwohlsein, Appetitlosigkeit, über ein Gefühl mehr von Brennen und Spannen denn von Jucken am ganzen Körper geklagt, wozu sich gegen Abend noch einige Fröste gesellten. Während weniger Tage wurden Temperaturerhöhungen konstatiert, die aber ein einziges Mal 39,4 C. erreichten.

Die Behandlung begann sofort mit der Darreichung eines Darmantiseptikums (Kalomel) und der Applikation einer Bleioxydsalbe auf Gesicht und Hals, während der ganze übrige Körper mit einem Glycérolé und leicht adstringierenden Pudern (Talk, Zinkoxyd, Borsäure) behandelt wurde. Außerdem Diät und Bettruhe. Nach sechs Tagen nahm der Patient ein Borsäurebad, worauf man konstatieren konnte, daß die Krusten im Gesichte und am Halse beinahe vollständig abgefallen, die Rhagaden zugeheilt, die Rötung etwas abgenommen hatte und nirgends mehr Exsudation vorhanden war. Blieb aber der Patient nur einige Stunden ohne Behandlung, gleich kam es überall zu einer kleienartigen Abschuppung; an den Händen und am Fußgelenke war diese lamellös.

4. Mai. — Die allgemeine Röte nimmt etwas ab; am Halse jedoch und an den Beugeflächen der Vorderarme bleibt noch eine dunkelrote Färbung zurück, die auf Druck nicht vollständig verschwindet. Die kleienförmige Abschuppung beschränkt sich auf umschriebene Punkte im Gesichte, am Halse, an den unteren Extremitäten. Die ganze verhornte

Epidermis der Handteller löst sich in Gestalt einer grofsen, dicken, lappenartigen Schuppe ab. Auf dem Handrücken ist die Abschuppung kleienartig. Die Zehen schälen sich handschuhfingerförmig ab, während die Fufssohle kompakt und kallös ist. Am Ende der dritten Woche nach dem Beginne der Behandlung hatten Gesicht, Hals und Rumpf ihre normale Farbe wieder angenommen, die Desquamation hatte aufgehört und die glatte Haut liefs sich wieder in Falten aufheben. In den Handtellern waren die grofsen Epidermisfetzen abgefallen und die neugebildete Haut glatt und rot. Auf den Fufssohlen hingegen, wo zuerst die Haut schwielenartig verdickt war, begann sich die verhornte Epidermis in ihrer Gesamtheit abzulösen. Zwei weitere Wochen später waren auch diese Schuppen abgefallen und die Affektion vollständig abgeheilt. Nach einem akuten Beginne hatte also die Dermatose einen ganz regelmäfsigen Verlauf mit gradueller Abnahme der Erscheinungen bis zur vollständigen Restitutio ad integrum genommen.

Nun möchten wir aus dem klinischen Bilde noch einzelne Punkte hervorheben, und zwar in erster Linie das Fieber, welches kein gewöhnliches Symptom der Ekzeme darstellt und überhaupt sozusagen nur bei den akuten Formen vorkommt. Kaposi (35) und andere nehmen an, dafs zuweilen die Eruption während ihres ganzen Verlaufes von Temperaturerhebungen begleitet werden kann. Das Vorkommen von Fieber ist hingegen häufiger bei begrenzten oder diffusen Dermiten, ob dieselben nun exogenen (septische D.) oder endogenen (autotoxische D.) Ursprungs seien. Bei diesen letzteren ist es dagegen leicht, das Vorhandensein anderer allgemeiner (Unwohlsein) oder lokaler Erscheinungen (Verdauungsstörungen, Appetitmangel, Diarrhoe) zu konstatieren.

Nicht weniger bemerkenswert ist die Art des Auftretens und des Umsichgreifens der Dermatose. Dieselbe hatte an einer begrenzten Körperstelle (Stirn) begonnen, welche vorher zu wiederholten Malen der Sitz subjektiver Erscheinungen (Jucken) gewesen war. Wollte man sich auch nicht vollständig auf die Angaben des Patienten in Bezug auf dieses letztere Symptom verlassen, indem vielleicht doch mehr oder weniger deutliche Spuren einer Hautläsion vorhanden gewesen sein könnten, die vom Patienten übersehen worden, so müssen diese jedenfalls nicht sehr ausgesprochen gewesen sein. In welcher Beziehung zu der nachfolgenden Eruption könnte nun dieses Symptom gestanden haben? Es scheint uns, dafs hier zwei Hypothesen in Frage kommen, und zwar hat entweder eine und dieselbe Ursache oder aber zwei verschiedene die beiden Prozesse erzeugt. Im ersteren Falle würden die periodischen Juckanfälle die erste Wirkung dieses unbekannten Agens darstellen, dem der Organismus noch kräftig Widerstand zu leisten vermochte, während das Ekzem als das Resultat der Wirkung desselben Keimes angesehen werden müfste,

der viel virulenter wäre oder der sich auf einem bereits abgeschwächten und vorbereiteten Boden entwickelt hat. Nach der zweiten Hypothese hätte man sodann nur die Theorie vom „Locus minoris resistentiae“ anzuwenden, und zwar scheint uns diese letztere die plausiblere und wahrscheinlichere sowie auch die einfachere und durch Beispiele aus der Hautpathologie am meisten unterstützte zu sein.

Die Ausbreitung der Dermatose geschah durch Kontinuität. Hierin weicht sie wiederum in gewisser Beziehung von den gewöhnlichen Ekzemen ab, indem sich diese mit Vorliebe an homologen Gegenden lokalisieren und sprungweise sich ausbreiten. Besser läfst sich unsere Affektion mit den septischen Dermiten und einigen anderen pseudoexanthematischen Dermatosen (scharlachförmige Erytheme) vergleichen.

Endlich haben wir hervorzuheben, dafs der Verlauf ein aufserordentlich rascher war und die Affektion mit einer gänzlichen Resitutio ad integrum endete nach einem 4 Wochen langen Desquamationsstadium. In Bezug auf die letztere ist die Verschiedenheit der Schuppenformation je nach den Körperregionen hervorzuheben; während die Schuppen nämlich auf dem Kopfe kleienförmig oder lamellös waren, zeichneten sie sich am Rumpfe durch ihre Feinheit aus und an den Händen und Füfsen löste sich die Epidermis handschuhartig ab. Dieses Verhalten der Schuppen beobachtet man noch bei anderen krankhaften Hautprozessen, die mit unserer Affektion nichts gemein haben (exfoliative Dermitis, Erythrodermia exfolians), und glauben wir, dafs es hauptsächlich von der anatomischen Beschaffenheit der verschiedenen Körpergegenden abhängt. Was hierbei auffällt, ist der Umstand, dafs der Desquamation an den Handtellern und Fufssohlen keine vaskulären Störungen vorangegangen waren, was wahrscheinlich seinen Grund darin hat, dafs die Dicke der Hornschicht an diesen Stellen die Hyperämie verdeckt hatte.

Bevor wir unsere Schlufsfolgerungen ziehen, scheint es uns angezeigt, das Resultat der histologischen Untersuchung zweier Hautstücke mitzuteilen, die wir im Augenblicke des Ausbruches der Dermatose exstirpiert hatten, das eine aus der Innenfläche des Vorderarms, das andere aus der Interskapulargegend. Sie wurden teilweise in Flemmingscher Lösung, teilweise in Alkohol fixiert. Die Schnitte wurden nach den verschiedensten Methoden gefärbt, unter anderen nach den neuesten Angaben von Unna (36) (Tauninfuchsin, polychromes Methylenblau, Tannin-Orange), hauptsächlich behufs Auffindung einzelner Zellenelemente und Bakterien.

Präparate vom Vorderarme. — Die Epidermis zeigt in ihren verschiedenen Schichten wichtige Veränderungen. Was zunächst die Hornschicht betrifft, so konstatiert man, dafs, während die Dicke stellenweise normal ist, diese an anderen Stellen variiert. Das Verhalten den Farbstoffen gegenüber ist ebenfalls verschieden.

Wo nämlich die Hornschicht normal entwickelt ist, erscheinen ihre Elemente als kleine homogene Lamellen, in denen, auf senkrechten Schnitten, die Kerne nicht zum Vorscheine kommen; sie sind in parallelen Lagen angeordnet, die durch unregelmäfsige Spalten von einander getrennt sind; an den Stellen, welche den gröfseren Ansammlungen entsprechen, lassen sich Kerne erkennen, welche Stäbchenform haben und leicht färbbar sind; das Protoplasma ist ebenfalls, wenn auch mehr diffus, gefärbt. Dieser Befund ist jedoch kein konstanter, indem man hie und da mitten in der Hornschicht Zellenelemente sieht, welche dicke, feingekörnte und so schwach färbbare Kerne enthalten, dafs diese inmitten des Protoplasma wie Schatten aussehen. An anderen Stellen konstatiert man amorphe, unregelmäfsig disseminierte Körnchen, welche in Anbetracht der Farbreaktion ihrer Körnchen grofse Ähnlichkeit haben mit dem Keratohyalin. Ferner sieht man auf einigen Schnitten in der Hornschicht kleine Nester zelliger Elemente mit gelappten, stark gefärbten Kernen; diese Zellenelemente lassen sich leicht als eingewanderte Leukocyten erkennen. Andere mehr oder weniger gut erhaltene Leukocyten sind stellenweise mit Schuppen vermengt und ferner konstatiert man kleine Höhlenbildungen, welche Leukocyten und kernhaltige Hornzellen enthalten, die von einer Masse umgeben sind, welche alle Eigenschaften des Serums aufweist. Es gelang uns auch, innerhalb dieser Höhlen ein feines fibrinöses Netz sichtbar zu machen.

Hand in Hand mit diesen Veränderungen im Stratum corneum gehen solche in der darunterliegenden Schicht. Wo nämlich erstere normal aussieht, sind auch die Zellen des Stratum granulosum vollständig normal. Wo es aber die oben beschriebenen Eigentümlichkeiten aufweist, ist die Körnerschicht entweder vollständig verschwunden, was überall da vorkommt, wo die Hornschicht aus kernhaltigen Zellenelementen besteht, so dafs man von der Superpapillarschicht unmerklich in das Stratum corneum übergeht, indem die Kerne immer kleiner werden und so das Zwischenstadium des Stratum corneum und Stratum lucidum ausfällt; oder aber die Körnerschicht ist in eine Lage aufgetriebener Zellen mit dickem und wenig färbbarem Kerne verwandelt, die wir weiter oben als Zellen mit undeutlich konturiertem Kerne beschrieben haben.

Auch in der Schleimschicht finden wir einige bemerkenswerte Veränderungen vor, insofern als man dort, den Höhlenbildungen des Stratum corneum entsprechend, ziemlich zahlreiche Stachelzellen antrifft, welche aufgetrieben sind und trübe aussehen, ein feingekörntes Protoplasma enthalten und einen schwach gefärbten Kern besitzen. Die Räume zwischen den Stacheln sind unregelmäfsig erweitert, die Stacheln selbst nur schwer sichtbar und zwischen ihnen liegen kleine Körnchen zerstreut. In der ganzen Ausdehnung des Rete Malpighii sind die Lymphspalten dilatiert

und teilweise eingesunken. Leukocyten findet man auch da, wo die Veränderungen verhältnismäfsig bedeutend sind, nur sehr wenige. Ebenso haben wir nirgends Spuren kavitärer Degeneration in den Zellen oder Kernen konstatieren können. Im Stratum basale und den interpapillären Schichten sieht man zahlreiche Karyokinesen.

Im Derma ist der retikuläre Teil am meisten befallen; in den Papillen findet man ganz leichte Veränderungen auch an den Stellen, welche in der umgebenden Cutis einer beträchtlichen Infiltration und einer serösen, serofibrinösen oder Leukocytenansammlung in den oberflächlicheren Teilen der Epidermis entsprechen.

Was in den Papillen am meisten auffällt, das ist die Ektasie der Gefäfsschlingen, die Dilatation der Lymphspalten und das Aufgetriebensein der kollagenen Fasern. Auch die fixen Zellen sind vergröfsert. In den Endothelien der Papillarschlingen haben wir einzelne kariokinetische Phasen gefunden. Längs diesen Schlingen sind deutlich Mastzellen sichtbar; nirgends gelang es uns aber, die UNNAschen Plasma- oder die von MARSCHALKO beschriebenen Pseudoplasmazellen oder Poleidocyten nachzuweisen.

Schwererer Art sind die Veränderungen im retikulären Derma, indem in der Umgegend der dilatierten aufsteigenden Gefäfse eine beträchtliche Infiltration zu konstatieren ist. Aufserdem zeigen einige Gefäfsendothelien deutliche Karyokinesen (meist Monaster, seltener Diaster) und einzelne fixe Elemente des perivasalen Bindegewebes (Perithel) weisen ebenfalls unzweifelhafte Zeichen karyokinetischer Teilung auf.

Aufserdem findet man spärliche Mastzellen, die längs den Gefäfsen angeordnet sind.

Die Mehrzahl der um die Gefäfse angesammelten Zellen setzt sich jedoch aus mono- und polynukleären Leukocyten verschiedener Gröfse zusammen. Die UNNAschen Plasmazellen fehlen auch hier.

Von hier, d. h. vom retikulären Derma an, und je mehr man sich dem Panniculus adiposus nähert, nehmen die beschriebenen Erscheinungen an Intensität ab, so dafs in der Umgebung der tiefer gelegenen Knäueldrüsen jede kleinzellige Infiltration fehlt; wohl aber lassen sich einige wenige Mastzellen entdecken, welche im peri- und interglomerulären Bindegewebe gelegen sind.

Was nun die Veränderungen in den Haarfollikeln anbelangt, welche übrigens in Anbetracht der geringen Behaarung unseres Patienten nur spärlich vorhanden sind, so stimmen dieselben in der Gegend der Mündung mit denen in der Hornschicht und in den oberflächlichen Lagen der Epidermis überein und fehlen gänzlich im intradermalen Teile des Follikels. Dagegen besteht in der Umgebung der Talgdrüsenacini eine spärliche kleinzellige Infiltration, die sich auch in leichtem Grade auf das Drüsen-

epithel ausgedehnt hat; in der Keimschicht der Acini lassen sich einige Mitosen nachweisen.

Das elastische Gewebe ist im ganzen gut erhalten, wenigstens bis an die oberste Grenze der Papillen. Im mittleren Teile der Cutis, wo Infiltrationsherde bestehen, erscheint es wie verschoben und nach den seitlichen Partien der Herde verdrängt, in deren Centrum man noch stellenweise eine isolierte Faser entdeckt. Wir finden also hier den durch den einen von uns (37) als allgemein anerkannten und beschriebenen Zustand wieder, nämlich dafs das morphologische Exsudat ein mechanisches Zerstörungsagens des elastischen Gewebes bildet.

Endlich hat uns die Untersuchung nach Mikroorganismen zur Auffindung ganz kleiner, zu kleinen Haufen an den Mündungen der Follikel oder an der Oberfläche der Schnitte in Haufen angesammelter Mikrokokken geführt. Innerhalb der Acini haben wir einige wenige Diplokokken oder auch kurze Ketten von 3—4 Elementen gesehen. Weder in der Epidermis noch in der Cutis findet sich eine Spur von Bakterien.

Rücken. — Wir wollen hier nur die Punkte hervorheben, welche von den eben beschriebenen abweichen.

Die Hornschicht zeigt hier nicht die Veränderungen, die wir am Vorderarme konstatiert haben, indem das Stratum granulosum und die darunterliegenden Schichten normal sind. Dagegen existieren zwischen den Lamellen der Hornhaut Streifen und Anhäufungen von Leukocyten, die stellenweise innerhalb ziemlich weiter Höhlen von ovaler Form liegen, deren Wandungen sich aus den Zellen der oberen Lagen des Rete Malpighii zusammensetzen. Einzelne, etwas kleinere Höhlen befinden sich in der Dicke der Schleimschicht selbst, so dafs man über ihnen liegend die aus zwei oder drei Reihen gut gefärbter Elemente bestehende Körnerschicht sieht. Um diese Leukocytenhaufen herum konstatiert man einige in hydropischer Degeneration begriffene Stachelzellen. Keine Wanderzellen zwischen diesen letzteren. Im Rete Malpighii zahlreiche Karyokinesen.

In den Papillen, im retikulären Derma, sowie auch in den tieferen Bindegewebsschichten in der Umgebung der Schweifsdrüsenknäuel ist die Infiltration viel bedeutender als am Vorderarm. Diese Herde bestehen hier nur zum kleineren Teile aus vergröfserten fixen Bindegewebszellen und Mastzellen, sondern gröfstenteils aus weifsen, aus dem Blute gewanderten Zellen. Unter diesen haben wir solche mit etwas differenziertem Protoplasma gefunden, welches gegen die Peripherie zu kompakter und leichter färbbar, gegen das Centrum hingegen und in der Umgebung des Kernes heller erschien; diese Zellen waren etwas gröfser als gewöhnliche Leukocyten. Sind sie vielleicht als Übergangsstadien zu Plasmazellen zu betrachten?

Um die Haarfollikel herum besteht ebenfalls reichliche Infiltration

und innerhalb einzelner Follikel sowie in den Drüsengängen sind kleinere Eiteransammlungen sichtbar.

Dieselben Mikroorganismen wie in den Schnitten vom Vorderarme lassen sich auch hier konstatieren, und zwar nicht allein an den obengenannten Stellen, sondern auch innerhalb der eitrigen intrafollikulären und intraglandulären Herde.

Diesen bedeutenderen Veränderungen entsprechend ist das elastische Gewebe nicht allein verdrängt, wie wir es oben gesehen haben, sondern zum Teil auch zerstört. Die Papillenspitzen sind noch ziemlich gut sichtbar, aber im retikulären Stratum der Cutis sieht man ganze Streifen, wo das elastische Gewebe fehlt, und diese Stellen entsprechen gerade den Herden, wo die Infiltration am bedeutendsten ist. Tiefer unten, wo die elastischen Fasern etwas dicker sind, bemerkt man nur einige Risse im Netze.

Vergleicht man nun die Schnitte vom Rücken mit denen vom Vorderarme, so erkennt man sogleich, dafs die Läsionen am Rücken deshalb viel schwerer und vorgeschrittener sind, weil die morphologische Exsudation tiefer greift und beträchtlicher ist als am Vorderarme. In Wirklichkeit führte aber die objektive Untersuchung des Patienten zu denselben Schlufsfolgerungen. Zieht man aber statt des morphologischen Exsudates das seröse in Betracht, so verhält sich die Sache umgekehrt. Dieselbe ist nämlich in den interspinösen Räumen und den kleinen Höhlen der Epidermis viel beträchtlicher in den Präparaten aus dem Vorderarme, als in denen aus dem Rücken. Dies stimmt auch vollständig mit den beiden Stadien der Affektion in den verschiedenen Körpergegenden überein; d. h. die erste Phase der Dermatose ist eine serös-exsudative. Aufser dieser serös-exsudativen Phase des Prozesses verdienen noch andere Erscheinungen erwähnt zu werden, nämlich die Parakeratose, das Fehlen eigentlicher Bläschen, das Vorhandensein kleiner und oberflächlicher eitriger Herde. Die beiden ersteren Zustände stehen aber auch in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einander, indem das interstitielle und parenchymatöse Ödem den ersten Faktor im normalen Verhornungsprozesse bildet, während ein übermäfsiges seröses Exsudat und das Fehlen einer Verhornung ungünstige Bedingungen für die Bildung von Bläschen sind. Die Wichtigkeit der Parakeratose ist von UNNA (38) hervorgehoben worden; nach ihm fehlt sie auch bei den leichtesten Ekzemformen nicht und erreicht den höchsten Grad bei den nässenden Ekzemen und dem Eccema rubrum. Dieser mikroskopische Befund dient uns somit als weitere Stütze unserer Diagnose.

Den Leukocytennestern innerhalb der Epidermis können wir hingegen kaum irgendwelche Bedeutung oder Wichtigkeit beimessen, da sie nur sehr klein und unregelmäfsig verteilt waren und besonders weil nicht

auch gleichzeitig eine schwere entzündliche Reaktion der papillären Cutis bestand. Ebensowenig lassen sie sich als zufällige von der Wirkung pyogener Mikroorganismen abhängige Erscheinungen betrachten, indem wir keine solche Mikroorganismen nachweisen konnten. Wir sind deshalb der Ansicht, dafs man diesen Nestern dieselbe Bedeutung beimessen müsse wie den Leukocytenstreifen zwischen den Lamellen der Hornschicht, welche die bei dieser und anderen Dermatosen häufigen Ansammlungen von Schuppen und Krusten bedingen. Die Anhäufung in rundlichen Höhlen oder die Anordnung in Serien oder in kleinen Höckern mag wohl von einer Verschiedenheit in der Richtung, der Struktur und des Druckes der verschiedenen Schichten herrühren. In diesem Sinne fassen wir die zweite Form des Eczema rubrum auf, welche Unna (39) die eitrige Form nennt, sofern man diese Bezeichnung im rein histologischen und nicht im klinischen Sinne auffafst. Die Schnitte vom Rücken belehren uns über zwei weitere wichtige Thatsachen, die in Beziehung stehen zum Ausgang der Affektion. Die erste bezieht sich auf die Körnerschicht, die, wie wir gesehen haben, weniger Veränderungen aufweist als am Vorderarm. Die objektive Untersuchung des Patienten und der histologische Befund liefsen jedoch keinen Zweifel über das wirkliche Bestehen solcher exsudativer Erscheinungen auch am Rücken aufkommen. Man kann somit das Stratum granulosum nicht etwa als eine übriggebliebene Schicht betrachten, sondern als ein Produkt neuer Bildung oder wenigstens neubelebtes Gewebe. Dieselbe Erklärungsweise pafst auch auf die Körnerschicht, die wir als unter den Höhlenbildungen und den Leukocytennestern liegend beschrieben haben, welche dieselbe Struktur aufweisen, dieselbe Herkunft haben wie diejenigen in den Präparaten vom Rücken. Mit anderen Worten haben wir einen spontanen Reparations- oder Heilungsprozefs der Entzündung vor uns, der innerhalb der Epidermis in der Umgebung der kleinen Eiteransammlungen als ein Einkapselungsprozefs vor sich geht.

Während diese Art von Wiederherstellung in der Epidermis stattfindet, greift die Infiltration in der Cutis immer mehr nach der Tiefe, nimmt an Intensität zu und ihre Elemente beginnen sich zu differenzieren. Sollte dies vielleicht bereits ein erster Schritt ins chronische Stadium des Prozesses sein? Wir haben bereits gesagt, dafs die Autoren häufig als Ausgang sowohl der Dermiten als der akuten Ekzeme den Übergang in die chronische Form angeben. Wir sind unsererseits der Ansicht, dafs die Chronicität der genannten Dermatosen mit der tiefen Lokalisation der Infiltrate zusammenhängt. Diese bei den chronischen Ekzemen und speziell bei den figurierten Ekzemen gewisser Körpergegenden konstante Erscheinung ist somit kein für diese Formen charakteristisches Merkmal, sondern wird, wenn auch nur in rudimentärer Weise,

auch bei den akuten Ekzemen angetroffen. Diese Thatsache ist sowohl in prognostischer als in therapeutischer Beziehung von grofser Bedeutung und wirft ein helles Licht auf die Recidive, welche oft ganz unscheinbaren Ursachen ihre Entstehung verdanken.

In unserem Falle war aber das in die Tiefe Greifen der Infiltration nur vorübergehender Art, die Differenziation der zelligen Elemente Plasmazellen) kaum angedeutet; obwohl es uns nicht möglich war, andere mikroskopische Untersuchungen vorzunehmen und unsere Behauptung durch strikte Beweise zu bekräftigen, so glauben wir dennoch erklären zu dürfen, dafs die Heilung eine vollständige war. Zu dieser Annahme berechtigte uns die objektive Untersuchung des Patienten, als er uns verliefs; derselbe wurde entlassen, als bereits seit 14 Tagen jedes Symptom vollständig verschwunden und jede Behandlung unterbrochen worden war.

Diese klinische Heilung schliefst jedoch die Möglichkeit nicht aus, dafs in der Tiefe der Cutis oder im Panniculus adiposus einzelne zerstreute kleinzellige Infiltrationsherde zurück geblieben sein können, die sich zwar mit der Zeit ebenfalls vollständig auflösen dürften, unter ungünstigen Umständen aber eventuell das Substrat und den Ausgangspunkt von Recidiven bilden können.

Am Schlusse unserer Arbeit angelangt, möchten wir folgende Punkte hervorheben:

Das Eccema rubrum unterscheidet sich von den akuten Ekzemen durch die intensive Hyperämie in jeder Periode und durch die Art und Weise, wie es ausbricht und sich über die ganze Körperoberfläche ausbreitet.

Während das Eccema rubrum universale in morphologischer Beziehung alle Zeichen des klassischen Hebraschen Ekzems aufweist (Exsudat, Krusten), stellt es in histologischem Sinne eine Dermitis dar mit spärlicher epidermaler Diapedese und tiefgreifender, aber nicht diffuser Zelleninfiltration der Cutis.

Es kann unter zwei Formen auftreten, die aber nicht als Varietäten zu betrachten sind: der krustösen und der exsudativ-squamösen Form.

Die hervorragendsten histologischen und biochemischen Merkmale des Eccema rubrum universale sind: die Parakeratose, das Fehlen eigentlicher Bläschen, die endotheliale und peritheliale Karyokinese, das Fehlen von Plasmazellen.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Erklärung der Abbildungen.

Figur 1. Schnitt durch die Haut des Vorderarmes.
a) Parakeratose, *b*) oberflächliche schuppige Borke, *c*) intraepidermales Leukocytennest, *d*) Karyokinese im Stratum Malpighii, *e*) perivasale Leukocyteninfiltration, *f*) endotheliale Karyokinese in den Gefäfsen.

Figur 2. Epidermisschichten auf Hautstücken vom Vorderarm; stärkere Vergröfserung.
a) Parakeratose, *b*) Zellen der Körnerschicht, *c*) Wanderzellen in den interciliären Räumen, *d*) epitheliale Karyokinese.

Figur 3. Epidermisschichten-Rückenhaut. *a*) In Desquamation begriffene Parakeratoseschicht, *b*) normale Hornschicht, *c*) neugebildete Körnerschicht.

Figur 4. Blutgefäfs des retikulären Derma. *a*) Aufgetriebene Endothelien, *b*) endotheliale Karyokinese, *c*) peritheliale Karyokinese.

Litteratur.

1. Hebra, J. *Trattato delle malattie della pelle.* Milano, Vallardi. 1872. 2 Vol.
2. Kaposi, M. *Path. et trait. des maladies de la peau.* Paris, Masson. 1891.
3. Neumann, J. *Lehrb. d. Hautkrankh.* Wien, Braumüller. 1876.
4. Morris, M. *Skin diseases.* London 1879. Smith, Elder.
5. Behrend, G. *Die Hautkrankheiten.* Braunschweig, Wreden. 1879.
6. Rayer. *Traité des maladies de la peau.* Paris 1835.
7. Guibout, E. *Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau.* Paris, Masson. 1879.
8. Duhring, L. A. *Trattato pratico delle malattie cutanee.* Napoli, Jovene. 1882.
9. Tilbury Fox. *Malattie della pelle.* Milano, Vallardi. 1878.
10. Bazin, E. *Leçons sur le traitement des maladies chroniques en général et des affections de la peau.* Paris, Delahaye. 1870.
11. Hardy. *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau.* Paris, Sallière. 1886.
12. Alibert. *Monographie des dermatoses.* Paris 1835.
13. Cazenave, A. *Pathologie générale des maladies de la peau.* Paris, Daffis. 1868.
14. Bazin loc. cit.
15. Hardy loc. cit.
16. Besnier, E. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892.
17. Brocq. *Traitement des maladies de la peau.* Paris, Doin. 1890.
18. Unna, P. G. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887 u. 1888.
19. Schwimmer. *Atti del Congresso intern. di Roma.* 1894.
20. Hutchinson. *Medical News.* 1891.
21. Ravogli. *Medical News.* 1894.
22. Malcolm Morris. *British med. Journ.* 1894.
23. Leredde. Ätiologie und Pathogenese des Ekzems. *Presse méd.* 1897.
24. Neisser. Die Pathologie des Ekzems. *Verh. d. Dtsch. Dermat. Ges.* 1892. S. 116.
25. Kaposi loc. cit.
26. Breda. Das Ekzem und seine Natur. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1894.
27. Bulkley. *New York med. Journ.* 1894.
28. Leloir, H. Anatomie pathologique de l'eczéma. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* Paris 1890.
29. Pellizzari, C. *Atti del Congresso intern. di Roma.* 1894.
30. Watraszewski. *Atti del Congresso intern. di Roma.* 1894.
31. Peterson. *Atti del Congresso intern. di Roma.* 1894.
32. Barlow. *Atti del Congresso intern. di Roma.* 1894.
33. Kaposi. *Path. et trait. des maladies de la peau.* Paris 1893.
34. Duhring, L. A. *Trattato pratico delle malattie cutanee.* Napoli, Jovene. 1882.
35. Kaposi. *Path. et trait. des maladies de la peau.* Paris, Masson. 1891.
36. Unna, P. G. Färbung der Mikroorganismen in der Haut. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1895.
37. Pini. Contrib. allo studio delle fibre elastische in alcune lesioni cutanee. *Giorn. ital. delle malattie ven. e della pelle.* 1896.
38. Unna. *Histopath. der Hautkrankheiten.* 1894.
39. Unna loc. cit.

Aus dem Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-St. Georg.
Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten. Oberarzt Dr. Engel-Reimers.

Über die Beziehungen der Glykosurie und des Diabetes mellitus zur Syphilis.

Von

Dr. med. C. Manchot.

II.

An dem grofsen Material unserer Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten konnte ich die Wechselbeziehungen des Diabetes mellitus zur Syphilis nach verschiedenen Richtungen verfolgen.

Theoretisch liegen folgende Möglichkeiten vor:

1. Der Diabetiker acquiriert einen harten Schanker und wird syphilitisch.
2. Der Syphilitische oder syphilitisch gewesene bekommt aus einem andern Grunde einen Diabetes, der mit seiner Syphilis keinen inneren Zusammenhang hat. Fälle dieser Art gehören naturgemäfs der inneren Medizin an und sind für uns hier nicht von Interesse.
3. Der konstitutionell Syphilitische bekommt einen syphilitischen Diabetes als Teilerscheinung seines Allgemeinleidens.

Nach unserem Materiale zu schliefsen, kommt es aufserordentlich selten vor, dafs Diabetiker sich syphilitisch infizieren. Herr Dr. Engel-Reimers konnte, trotz seines grofsen Materiales in und aufser dem Krankenhause, sich keines einzigen Falles dieser Art entsinnen. Ich selbst habe nur einen Fall von hartem Schanker bei einem Diabetiker beobachtet. Die frühzeitig und in einem hohen Procentsatz der Fälle auftretende Impotenz der Diabetiker giebt für diese auffallende Erscheinung eine einfache Erklärung.

In der Litteratur sind nur spärliche Beobachtungen über die Syphilis der Diabetiker niedergelegt. Nach Arnaud soll bei ihnen der Primäraffekt eine ausgesprochene Tendenz zum gangränösen Zerfall zeigen. Die Entwickelung der Syphilis soll in überstürzter Weise erfolgen. In zwei Fällen Arnauds (Fall II u. IV) kamen die Sekundärsymptome 24 Tage nach dem ersten Auftreten des Primäraffektes, in einem (Fall I) 14 Tage nach demselben zum Vorschein. In einem anderen Falle (Fall III) wurde das Initialgeschwür bereits 10 Tage nach dem infektiösen Coitus bemerkt, und 9 Tage nach dem Erscheinen des Ulcus stellten sich mit neuralgischen nächtlichen Kopf- und Gliederschmerzen Roseola und Schleimpapeln des Afters, des Mundes und der Rachenorgane ein.

Servantie, Mauriac und Lecorché sahen mit dem Auftreten der syphilitischen Manifestationen der Diabetiker den Zucker im Harn plötzlich schwinden, Servantie führt auch eine Beobachtung von Seegen an, die das gleiche beweisen soll. Doch handelt es sich hier, wie ein Vergleich mit dem deutschen Original ergiebt (Fall 134 bei Seegen, vergl. S. 227 dieser Arbeit), um ein Mifsverständnis und eine falsche Übersetzung des des Deutschen offenbar sehr wenig kundigen Franzosen.

In dem von mir beobachteten Falle wurde von alledem nichts gesehen.

N. 52jähriger Mann, Insasse des Werk- und Armenhauses.

Seit Mitte der achtziger Jahre stark dem Trunke ergeben, hat in den schlimmsten Zeiten 1 Liter Kümmel und dazu noch viel Bier pro die getrunken.

Seit 1891 Diabetes mellitus konstatiert. Der Zuckergehalt war damals sehr gering: 0,2—0,3% bei 2400—3400 ccm Urin.

1893. Delirium tremens. Einige Wochen nach demselben entwickelte sich eine schwere Alkohol-Neuritis unter dem Bilde der Pseudotabes alcoholica. Seitdem verschlimmerte sich der Diabetes (1,6—4,7% Zucker). Die Alkohol-Neuritis schwand vollkommen, die Patellarreflexe kehrten wieder. Der Diabetes blieb jedoch konstant, wie durch Monate hindurch von mir beobachtet werden konnte, da der Kranke als sogenannter Siecher im Neuen allgemeinen Krankenhause blieb. Der Patient befand sich bei gemischter Kost und Nachlafs des Trinkens ganz gut; keine Abmagerung, keine Impotenz.

Seit Februar 1897 im Werk- und Armenhause. Auch dort ist bei wiederholten Untersuchungen stets reichlich Zucker im Urin gefunden.

Am 12. Juni 1898 Infektion bei einer Umhertreiberin in Hamburg. Zwei Tage später wurde zuerst ein kleiner weicher Schanker bemerkt. Derselbe wurde allmählich gröfser und am 6. VII. meldete sich der Patient beim Anstaltsarzt, weil der Schanker hart werde. — Hat angeblich in den letzten Jahren nur alle vier Wochen am Ausgangstag Kümmel und Bier getrunken.

Status praesens: Fettleibiger Mann von alkoholistischem Habitus. Tremor linguae, digitorum, faciei. Sensorium klar.

Schwanken bei geschlossenen Augen. Patellarreflexe leicht auszulösen, normal. Hautreflexe und Sensibilität normal. Pupillenreaktion normal.

Innere Organe ohne Besonderheit, speziell Leber und Milz nicht vergröfsert.

Auf dem Innenblatt der Vorhaut oben rechts von der Mittellinie eine bohnengroſse, scheibenförmige, knorpelharte Induration. Dieselbe ist an der Oberfläche im Centrum kraterförmig zerfallen und speckig belegt.

Haufen von bohnen- und kirschgrofsen, harten, indolenten Drüsen in beiden Leisten. Keine Allgemeinerscheinungen.

Im Harn kein Albumen, reichlich Zucker (Trommer, Nylander, Gärungsprobe).

Therapie: Lokal Jodoform. Schmierkur. Zunächst volle Diät.

Ehe ich an eine diätetische Behandlung des Diabetes ging, wollte ich zunächst feststellen, ob die Schmierkur als solche auf die Zuckerausscheidung einen erkennbaren Einfluſs habe. Aus der nebenstehenden Tabelle ist zu ersehen, dafs das nicht der Fall war. Bei strenger Diabeteskost fiel dann der Zuckergehalt schnell und war nach 9 Tagen geschwunden. Höchstens wäre zu bemerken, dafs mit der am 28. VII. einsetzenden, übrigens leichten Stomatitis mercurialis der bereits auf 0,2% gefallene Zuckergehalt noch einmal auf 0,7% stieg.

Datum	Behandlung	Harnmenge	Spes. Gewicht	(Polarim.) Zucker in %
8. VII.	IV. Form. 200 g Weifsbrot	?	1020	0,9
9. VII.		1200	1024	1,0
10. VII.		2100	1025	2,2
Beginn der Schmierkur. I. Tour. Ungt. cin. 4,0, dos. IV.				
11. VII.	Diät wie oben	3300	1019	1,9
12. VII.		2200	1018	1,6
13. VII.		2250	1020	1,5
14. VII.	Bad	3300	1016	1,2
15. VII.		3000	1018	1,4
II. Tour. Ungt. cin. 6,0, dos. IV.				
16. VII.		2300	1020	1,4
17. VII.		2500	1028	2,4
18. VII.		2600	1027	1,8
19. VII.		3000	1018	1,2
20. VII.	Bad	3300	1016	1,02
21. VII.		2350	1022	1,6
III. Tour. Ungt. cin. 6,0, dos. IV.				
22. VII.		2500	1020	1,7
23. VII.		3500	1025	1,8
24. VII.		2100	1023	1,67
Strenge Diabetesdiät.				
25. VII.		2400	1016	0,6
26. VII.	Bad	1500	1017	0,35
27. VII.		1600	1019	0,236
28. VII.	IV. Tour begonnen	1500	1019	0,47 } Leichte Stomatitis mercurialis
29. VII.		1200	1020	0,7 }
30. VII.		1100	1020	0,2
31. VII.		1600	1015	Spur Zucker.
1. VIII.		1500	1014	minimale Spur.
2. VIII.		1600	1010	id.
3. VIII.	V. Tour	1050	1015	Zuckerfrei.
4. VIII.		1000	1015	„
5. VIII.		1300	1017	„
6. VIII.		1500	1015	„
7. VIII.		1500	1013	„

Am 7. VIII. wurde der Patient geheilt entlassen. Das Ulcus war mit livider, knorpelharter, linsengrofser Narbe geheilt. Leistendrüsen noch geschwollen. Sekundärsymptome hatten sich bisher nicht gezeigt.

Ein wesentlicher Einfluſs des Diabetes auf den bisherigen Verlauf der Syphilis ist in diesem Falle also ebensowenig zu erkennen, wie umgekehrt der Syphilis und der antisyphilitischen Kur auf den Diabetes. Allerdings ist der Diabetes kein schwerer; doch gehören die Fälle von ARNAUD in dieselbe Kategorie (Fall I 0,5 % Zucker, 3 l pro die, Fall II 3,1 %, 4 l pro die, Fall III Angabe fehlt, Fall IV 2 %, Fall V 0,8 %, 2 l) und bei allen ging der Zuckergehalt auf eine antidiabetische Diät schnell zurück resp. schwand ganz und gar. Die Angaben SERVANTIES, ARNAUDS, LECORCHÉS und MAURIACS bedürfen also wohl noch weiterer, eingehender Untersuchung, ehe sie als bestätigt gelten können. Syphilitische Infektion bei schweren Formen des Diabetes ist meines Wissens bisher nicht beobachtet.

Eigene Beobachtungen über den bei Gehirnsyphilis auftretenden Diabetes mellitus habe ich nicht gemacht.

Dagegen kann ich den bisher gesammelten und im I. Teil dieser Arbeit zusammengestellten Fällen von syphilitischem Diabetes ohne Läsion des Centralnervensystems 4 neue Beobachtungen hinzufügen. Zwei dieser Fälle habe ich selbst gesehen. Die beiden anderen wurden von Herrn Professor Dr. LENHARTZ und seinen Assistenten, den Herren Dr. SCHOTTMÜLLER und Dr. REITZ beobachtet. Auch an dieser Stelle möchte ich den genannten Herren für die grofse Freundlichkeit danken, mit der sie mir ihr Material für meine Arbeit überliefsen.

In zwei Fällen wurde die syphilitische Natur des Diabetes mellitus durch die sorgfältige Anamnese und durch den Nachweis manifester Syphilis wahrscheinlich gemacht und durch Heilung des Diabetes durch die antisyphilitische Behandlung bewiesen.

In den beiden anderen wurde der ursächliche Zusammenhang des Diabetes mit der Syphilis durch den Sektionsbefund wahrscheinlich gemacht.

Fall I.

Aus der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten.

H. 38jähriger Buchbinder.

Anamnese: Beide Eltern gesund. 6 Geschwister leben, eine Schwester ist lungenkrank. Ein Bruder starb auf See an einem Schlaganfall mit 35 Jahren, ein anderer Bruder ist 6 Jahre alt an Gehirnschlag gestorben.

Patient war als Kind gesund, mit 19 Jahren machte er einen Typhus durch. Mit 20 Jahren Tripper.

1897. 23. VI. wurde Patient im Allgemeinen Krankenhause wegen eines harten Schankers der Unterlippe aufgenommen. Derselbe soll seit 6—7 Wochen bestehen. Seit 14 Tagen sei Drüsenschwellung am Halse hinzugekommen. Infektion angeblich durch Kufs einer syphilitischen Verwandten.

An der Unterlippe im Bereich des Lippenrots findet sich links von der Mittellinie ein pfenniggroſses, scheibenförmiges hartes Geschwür, das mit einer schwarzbraunen Borke bedeckt ist; kirschgroſse, harte, druckempfindliche Drüsen unter dem linken Kieferaste.

Schmierkur, lokale Behandlung des Schankers.

Am 24. VII. geheilt entlassen. Der Primäraffekt ist mit leicht vertiefter, noch ziemlich derber Narbe geheilt. Submandibulardrüsen beiderseits, besonders links, indolent geschwollen.

Im September 1897 traten Stellen im Mund und im Halse auf. Nach 14tägiger Schmierkur auſserhalb des Krankenhauses sollen dieselben geheilt gewesen sein. Darauf verheiratet sich der Kranke noch im Laufe desselben Monats!!

Im Oktober 1897 erfolgt dann ein Abort der Frau im zweiten Monat.

Seit Mitte Februar 1898 leidet der Kranke wieder an Halsbeschwerden. Auſserdem bildeten sich Geschwüre auf dem behaarten Kopfe. Eine Schmierkur auſserhalb des Krankenhauses vermochte das Leiden nicht zu heben. Es kamen immer neue Nachschübe.

Seit dieser Zeit auffallend schnelle Abmagerung und Abnahme der Kräfte, die nur zum Teil durch Schmerzen beim Schlucken erklärt werden kann.

Polydipsie und Polyurie bestanden nicht; auch die geschlechtliche Potenz soll nicht gelitten haben; die Frau des Patienten soll zur Zeit wieder schwanger sein.

Im Alkoholgenuſs will Patient stets sehr mäſsig gewesen sein.

Am 12. IV. 1898 wurde der Kranke wieder auf unserer Abteilung aufgenommen.

Status praesens: Langer, stark abgemagerter, elend aussehender Mann. Hochgradige Anämie, trockene schlaffe Haut. Körpergewicht 48 Kilo (gegen 57,5 Kilo im Juli 1897).

Patient sieht aus wie ein Phthisiker im vorgerückten Stadium, doch bieten seine Lungen einen durchaus normalen Befund.

Die Narbe des Primäraffektes ist nicht mehr deutlich zu erkennen. Starke indolente Schwellung der Submandibulardrüsen beiderseits.

Zahlreiche erbsengroſse, grubig vertiefte Narben auf der behaarten Kopfhaut. Eine pfenniggroſse runde Narbe auf dem Scheitel reicht bis auf den Knochen, ist demselben jedoch nicht adhärent.

Haarwuchs an den Schläfen etwas gelichtet, kein Leukoderma.

Beide Tonsillen sind in tiefe, kraterförmige, schmierig belegte Geschwüre verwandelt, deren Rand steil abgesetzt, deren Umgebung geschwollen und düsterrot verfärbt ist. (Zerfallene Gummen.)

Im weichen Gaumen links kirschgroſses prominentes dunkelrotes Gumma. Auf der Höhe desselben ein erbsengroſses, schmierig belegtes Ulcus; dasselbe zerfällt in den ersten Tagen des Krankenhausaufenthaltes noch weiter und führt zu einer Perforation des weichen Gaumens.

Der Urin ist hellgelb, klar. Menge 2700 ccm. Spez. Gew. 1032. Giebt sehr deutliche Zuckerreaktionen (Nylander, Trommer, Gärungsprobe), enthält, polarimetrisch bestimmt, 2,5 % Zucker.

Kein Albumen. Kein Aceton, keine Acetessigsäure; deutliche Indicanreaktion.

Um eine möglichst reine Beobachtung zu erhalten, wurde von vornherein auf jede antidiabetische Einschränkung der Kost verzichtet. Anfangs muſsten wegen starker Schluckbeschwerden vorwiegend flüssige und breiige Nahrungsmittel, Milch, Suppen aller Art, Rührei, Kartoffelmus und dergleichen gegeben werden; mit der fortschreitenden Heilung der Rachenaffektion ging der Kranke allmählich zu der vollen Kost der übrigen Kranken (IV. Form) über.

Sofort nach der Aufnahme wurde mit einem energischen Traitement mixte begonnen. (Ungt. ciner. 4,0 dos. VII, Ungt. ciner. 6,0 dos. XXVIII. mit den bei uns üblichen Bädern und Ruhepausen nach je vier Einreibungen, Kal. jodat. von 2,0 bis 5,0 pro die allmählich steigend.)

Unter dieser Behandlung reinigten sich die Geschwüre der Tonsillen schnell, während das Gumma des weichen Gaumens zunächst noch weiter zerfiel und zu einer Perforation führte. Die Urinmenge ging von 2700 allmählich auf 1200—1400 ccm zurück und der Zuckergehalt sank auf 1 %. Das Körpergewicht stieg von 48 Kilo auf 49,5 Kilo.

Am 27. V. verlangte der Patient, angeblich aus geschäftlichen Gründen, seine Entlassung. Die Geschwüre der Tonsillen waren geheilt und vernarbt; dagegen war das Gumma des weichen Gaumens eben erst gereinigt und begann gerade, sich zu verkleinern. Im Urin noch 1 % Zucker.

Durch dringliche Vorstellungen über die Schwere seines Leidens gelang es, den Patienten wenigstens in regelmäfsiger ambulanter Behandlung zu behalten. Von einer Fortsetzung der Schmierkur mufste natürlich unter diesen Umständen abgesehen werden. Dagegen wurde die Jodkaliumbehandlung (5,0 pro die) fortgesetzt. Glücklicherweise nahm auch unter diesen erschwerenden Umständen die Heilung guten Fortschritt. Zuverlässige Angaben über die Menge des Urins waren nicht immer zu erhalten.

2. VI. spez. Gew. 1022. Menge: ? 0,8 % Zucker.

4. VI. spez. Gew. 1012. Menge: ? 0,1 % Zucker.

8. VI. spez. Gew. 1027. Menge: ? 0,9 % Zucker.

11. VI. spez. Gew. 1024. Menge: 1400. 0,4 % Zucker.

15. VI. spez. Gew. 1014. Menge: 1200. Geringe Spur Zucker. (Nylander noch positiv, Trommer: Entfärbung beim Kochen, gelber Niederschlag bei längerem Stehen.)

18. VI. spez. Gew. 1011. Menge: 1400. Minimale Spur Zucker. (Nylander noch positiv, Trommer negativ.)

Das Gumma des weichen Gaumens ist jetzt mit einer schlitzförmigen Perforation vom Kaliber einer dicken Stricknadel ausgeheilt. Das Allgemeinbefinden hat sich ganz aufserordentlich gehoben. Gesichtsfarbe frisch. Körpergewicht jetzt 56,5 Kilo (gegen 48 Kilo bei der Aufnahme).

25. VI. spez. Gew. 1028. Menge: ? Noch immer minimale Spur Zucker.

2. VII. spez. Gew. 1019. Menge: 1500 ccm. Zuckerfrei. Körpergewicht 59 Kilo.

6. VII. spez. Gew. 1015. Menge: 2000 ccm. Zuckerfrei.

Die Jodkaliumdosis wird auf 2,5 g pro die herabgesetzt.

9. VII. spez. Gew. 1017. Menge: 2000 ccm. Zuckerfrei.

10. VII. Nach dem ersten Frühstück, bestehend aus Kaffee und Rundstück, werden morgens 9 h 100,0 g Dextrose innerlich gegeben.

Der erste Urin nach der Einnahme wird um 1 Uhr p. m. im Krankenhause gelassen: 100 ccm, spez. Gew. 1021; enthält keine Spur Zucker.

Des weiteren werden an diesem Tage noch 1000 ccm, spez. Gew. 1010, ohne eine Spur Zucker, gelassen.

13. VII. spez. Gew. 1015. Menge: ? Keine Spur Zucker.

15. VII. Patient hat heute Morgen einige Gläser Bier getrunken. Urin hellgelb, spez. Gew. 1005. Menge: über 2000. Keine Spur Zucker. Körpergewicht 60 Kilo.

Jodkalium ausgesetzt.

Patient geht zur Nachkur einige Wochen aufs Land.

17. VIII. Patient ist von der Reise zurückgekehrt. Er hat sich andauernd sehr

wohl und kräftig gefühlt und keinerlei neue Krankheitserscheinungen bemerkt. Perforation im weichen Gaumen unverändert; guter Ernährungszustand; frische Gesichtsfarbe. Körpergewicht 62 Kilo (14 Kilo Gewichtszunahme seit dem 13. IV.). Urin: spez. Gew. 1019. Menge: 2000. Keine Spur Zucker.

Die Syphilis in diesem Falle gehört jedenfalls zu den schwereren Formen, da schon zehn Monate nach dem Auftreten des Primäraffekts schwere destruktive Prozesse der Tertiärperiode auftreten. Gleichzeitig mit denselben entwickelt sich als Ausdruck einer diabetischen Ernährungsstörung eine auffallend schnelle Abmagerung mit Verfall der Kräfte. Die antisyphilitische Behandlung aufserhalb des Krankenhauses, wohl durch äufserliche Schwierigkeiten gehemmt und unwirksam gemacht, erweist sich machtlos gegen das fortschreitende Übel. Unter der energischen Behandlung im Krankenhause wird endlich nach etwas über zwei Monaten die tertiäre Syphilis des Rachens zur Heilung gebracht und gleichzeitig der Zuckergehalt auf ein Minimum reduziert. Unter fortgesetzter antisyphilitischer Behandlung verschwinden nach weiteren 14 Tagen, also kurz nach der Heilung der tertiären Rachenaffektion, auch die letzten Reste der Zuckerausscheidung ohne Mithülfe diätetischer Mafsnahmen. Mit dem Schwinden des Zuckers aus dem Harn hebt sich der Kräfte- und Ernährungszustand des Kranken in überraschend schneller Weise. Der Diabetes mellitus ist wirklich und dauernd geheilt. Selbst die Zuführung von 100 g Dextrose am 10. VII. löst nicht einmal eine vorübergehende Glykosurie aus. Jetzt sind über zwei Monate seit der letzten Ausscheidung von Zucker vergangen.

Fall II.

(Aus der ersten medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses zu St. Georg.)
Prof. Dr. Lenhartz. Sekundärarzt Dr. Schottmüller.

Herr H., Kaufmann, 37 J. alt. Kostgänger I. Klasse.

In der Jugend aufser Kinderkrankheiten nicht ernstlich krank.

Mit 19 Jahren (vom 1. IX. — 30. IX. 79) im Alten Allgemeinen Krankenhause auf der Abteilung für Syphilis wegen harten Schankers.

An der Unterseite des Penis bestand damals ein markstückgrofses indurierte Ulcus nahe der Umschlagsfalte des Präputiums. Sklerödem in der Umgebung des Ulcus; starke indolente Leistendrüsenschwellung.

Auf dem Dorsum penis strahlige indurierte Narbe.

Nach 16 Einreibungen mit indurierter Narbe entlassen.

Angeblich nachher keine Sekundärerscheinungen.

Seit 10 Jahren verheiratet, Vater von drei gesunden Kindern von 9, 8 und $1^1/_2$ Jahren.

Zwischen dem zweiten und dritten Kinde hatte die Frau 2 Aborte.

Vor 6 Jahren Nervenleiden; durch elektische Behandlung in Johannisberg völlig geheilt.

Seit Juli 1897 bemerkte Patient eine schmerzlose Schwellung des rechten Nebenhodens. Einreibungen mit Jodkaliumsalbe (Dezember 1897) waren ohne Erfolg. Seit 4 Wochen soll bei innerlicher Jodkaliumbehandlung die Schwellung etwas abgenommen haben. Seit März 1898 auffällige Zunahme des Durstes und rasche Abmagerung; er

hat seit Ostern 1898 angeblich 20 Pfund an Körpergewicht verloren, trotzdem er immer guten Appetit hatte. Vor 10 Tagen (Mitte Mai 1898) wurde zuerst Zucker im Harn gefunden. Klagt über Mattigkeit. Stuhlgang meist regelmäfsig.

Patient hat früher viel Bier und Cognac getrunken.

Am 23. V. im Krankenhause aufgenommen.

Status praesens:

Grofser Mann von frischer Gesichtsfarbe. Körperlänge 1,78 m. Gewicht 85 Kilo.

Kräftige Muskulatur. Die Abmagerung dokumentiert sich durch auffallend schlaffe Beschaffenheit der Haut, die sich in Falten abheben läfst.

Zunge rein, feucht. — Rachenorgane etwas gerötet.

Abdomen leicht abgeflacht, in den abhängigen Partien vorgebuchtet und gedämpft, Undulationsgefühl (Ascites).

Milz deutlich palpabel, reicht bis zum Rippenbogen. Die Leberdämpfung beginnt am oberen Rand der vierten Rippe. Bei der Inspiration ist der freie Leberrand 2 Finger breit unterhalb des Rippenbogens fühlbar, etwas schmerzhaft, ziemlich derb.

Beide Hoden ziemlich grofs. Der rechte Nebenhoden ist überall, namentlich am Kopf, knollig verdickt, derb, nicht druckempfindlich. Samenstrang normal. Alte Narbe an der Unterseite des Praeputium penis.

Keine Drüsenschwellung. — Keine Knochenveränderungen.

Pupillenreaktion und Augenhintergrund normal. — Patellarreflexe vorhanden.

Urin hellgelb, klar. Menge 2000—2300. Spez. Gew. 1024—1035. Bei gemischter Diät enthält derselbe 2,8—4% Zucker. Kein Albumen.

Es wird sofort mit einer energischen Schmierkur begonnen (Ungt. cin. 5,0 pro die. Nach 6 Einreibungen ein Ruhetag und Bad). Aufserdem wird Jodkalium gegeben (2,0 pro die). — Um die Schwere des Diabetes festzustellen, wird der Kranke am 26. V. auf kohlehydratarme Diät gesetzt.

1. Frühstück: Thee 200 g. Schwarzbrot 50 g.

2. Frühstück: Fleisch (Aufschnitt) 60 g. Schwarzbrot 50 g. Bouillon 100 g.

Mittagessen: IV. Form (mit Ausschlufs von Kartoffeln, Mehlspeisen und Kompot).

Abendbrot: Fleisch (Aufschnitt) 60 g. Schwarzbrot 50 g. Thee 200 g. Milch 200 g.

Bei dieser Diät ist der Urin bereits am anderen Tage (27. V.) zuckerfrei. Es handelt sich also um eine leichte Form des Diabetes. Die Steigerung der Brotration am 29. V. von 150 g auf 215 g hat vom 29. V. bis 1. VI. geringe Zuckerausscheidung zur Folge. Harnmenge: 1400—1800 ccm. Zuckergehalt: zwischen 0,2%, 0,4%, 0,6%, 1,1% und 1,6% schwankend.

Vom 2. VI. an ist der Urin auch bei dieser Diät zuckerfrei.

Vom 8. VI. an steht Patient zuerst etwas auf. Wohl infolgedessen in diesen Tagen leichte Zuckerausscheidung. 0,2—0,5% bei einer Harnmenge von 1400—1800.

Vom 10. VI. an Harn wieder zuckerfrei.

Vom 11. VI. an gymnastische Übungen.

15. VI. Der Kranke hat jetzt 105 g Ungt. cin. eingerieben.

Der Ascites ist geschwunden. Die Verdickung des Nebenhodens hat erheblich abgenommen.

Allgemeinbefinden gut, nur zeitweilig Klagen über Schlaflosigkeit und Magenschmerzen.

Urin bei der oben genannten Diät jetzt dauernd zuckerfrei.

Jodkalium jetzt 3,0 pro die.

Schmierkur fortgesetzt.

Vom 20. VI. an bekommt Patient 75 g Weifsbrot und 150 g Schwarzbrot.

Am 20. VI. erhält der Kranke versuchsweise 10 g Traubenzucker. Urin auch hiernach zuckerfrei.

22. VI. Nach 50 g Traubenzucker enthält der erste Urin 0,6% Zucker. Nachher wieder zuckerfrei.

Am 24. VI. Patient erhält jetzt gemischte Diät.

Speisezettel vom 24. VI.

1. Frühstück: Milch mit Sol. Kal. jodat. 220. Weifsbrot 25. Schwarzbrot 75. Thee 200 mit 8 g Zucker (2 Stück).

2. Frühstück 11 U.: Aufschnitt 60,0. Weifsbrot 25. Schwarzbrot 75. Bouillon 100 und 1 Ei.

12 U. 200 g Milch mit Jodkalium.

3. Mittagessen: Nudelsuppe 200,0. Zunge mit Madeirasauce. Filetbraten. Mairüben. Neue Kartoffeln. Omelette aux confitures. Stachelbeeren-Compot.

4. Nachmittags 4 U.: Kaffee 400,0. Sahne 25,0. Zwieback 3 Paar. 3 Stück Zucker 12 g.

5. Abends: Fleisch 60. Weifsbrot 25. Schwarzbrot 75. Suppe 200. Milch 200 g mit Jodkalium.

Bei dieser Diät enthielt der Mittags- und Abendharn 0,4% Zucker; der Nachtharn war zuckerfrei.

Urinmenge: 2400, spez. Gew. 1015.

Am 25. VII. mufste der Kranke leider auf sein Verlangen entlassen werden. Das Allgemeinbefinden war sehr gut. Die Schwellung des Nebenhodens fast ganz geschwunden. Leber und Milz nicht wesentlich verändert.

Auch dieser Fall ist in jeder Beziehung klar und beweisend, wenn auch infolge der vorzeitigen Unterbrechung der Kur die fortschreitende Besserung nicht ganz bis zur völligen Heilung des Diabetes mellitus verfolgt werden konnte.

Im direkten Gefolge anderer tertiärer Krankheitsprozesse, der Gummen des Nebenhodens, der mit Ascites und Milzschwellung einhergehenden Lebersyphilis entwickelt sich ein syphilitischer Diabetes, dessen erstes Auftreten sich durch auffällige Vermehrung des Durstes und rasche Abmagerung trotz reichlicher Nahrungszufuhr deutlich markiert.

Unter einer energischen Quecksilber-Jodbehandlung gehen der Ascites und die Veränderungen des Nebenhodens rasch zurück. Gleichzeitig bessert sich der Diabetes schnell. Während beim Eintritt in das Krankenhaus der Urin bei gemischter Diät 4% Zucker enthält, tritt nach Einreibung von 150 g grauer Salbe bei der gleichen Diät nur eine vorübergehende alimentäre Glykosurie von 0,4% auf, während der Nachtharn zuckerfrei ist. Es ist also durch die antisyphilitische Behandlung eine an Heilung grenzende Besserung des Diabetes mellitus in sehr kurzer Zeit erreicht worden. Ob dieselbe von Dauer ist, mufs natürlich noch abgewartet werden.[1]

---

[1] Am 26. VIII. zeigte sich der Kranke wieder. Er hatte bei vollkommen freier Diät 0,72% Zucker im Urin nach der Hauptmahlzeit. 3,5 kg Gewichtszunahme seit der Entlassung.

Es ist nicht möglich, mit Sicherheit festzustellen, durch welche Organe in diesen beiden Fällen der Diabetes ausgelöst wurde. Bei beiden bestanden, um es noch ausdrücklich zu betonen, keinerlei Erscheinungen, welche auf eine Erkrankung des Gehirnes hinwiesen.

Im II. Fall scheinen die klinischen Symptome auf eine syphilitische Erkrankung der Leber als ursächliches Moment hinzuweisen.

Bei den beiden weiteren Fällen, über die ich jetzt noch zu berichten habe, deckte die Autopsie hochgradige Veränderungen des Pankreas auf.

Fall III.

(Aus der ersten medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg.)
Prof. Dr. Lenhartz, Assistenzarzt Dr. Reitz.

A. W. H., Maler, 40 Jahre alt. Wird im Koma aufgenommen, sodafs über die Vorgeschichte nichts zu ermitteln ist.

Status praesens 17. VI. 98:

Kleiner gracil gebauter, stark abgemagerter Mann von blassem, elenden Aussehen.

Zunge trocken, fuliginös belegt. Die übrige Mundschleimhaut ebenfalls sehr trocken.

Koma, tiefe Benommenheit des Sensoriums. Patient schluckt nicht mehr.

Thorax schmal, stark abgemagert. Atmung stertorös, stockend, Exspirium langgezogen, seufzend.

Über den Lungen überall voller Schall und vesikulöses Atmen. Röcheln.

Herz o. B. Spitzenstofs sehr schwach, fadenförmiger frequenter Puls (132).

Abdomen eingezogen.

Leber und Milz nicht palpabel.

Urin: Menge 1000; spezifisches Gewicht 1028; geringe Menge Albumen.

Mikroskopisch kurze und schmale hyaline Cylinder.

Zuckerproben positiv. Polarimetrisch bestimmt 4,75%. Gerhardtsche und Legalsche Probe stark positiv.

Patient bekommt mit der Schlundsonde Wein, Zuckerlösung und Milch.

Doch tritt bereits am Nachmittag des 18. VI. der Exitus ein.

Autopsie am 19. VI. (Dr. Reitz).

Stark abgemagerte, schwächlich gebaute männliche Leiche. Fettgewebe fast vollständig geschwunden. Hochgradige Blässe.

An der Glans penis eine alte weifse Narbe.

Lungen sehr blutarm, überall lufthaltig. In der linken Lungenspitze alte bindegewebige Schwiele.

Herz sehr klein, atrophisch, Klappen intakt. Myocard braun gefärbt, zeigt mikroskopisch reichliche braune Pigmentierung der Muskelfasern.

Milz sehr klein und schlaff, Trabekel sehr deutlich.

Leber klein, fest; Struktur sehr erkennbar; sehr geringer Blutgehalt.

Pankreas: äufserst schmal und atrophisch, Gewicht nur 20 g. Die einzelnen Läppchen sind durch breite Bindegewebszüge und Fettgewebe voneinander getrennt.

Mikroskopischer Befund (Dr. Simmonds):

Ausgesprochene Verbreiterung des interstitiellen Bindegewebes sowohl zwischen den Läppchen als auch innerhalb derselben. Nirgends erreicht die Bindegewebswucherung indes erhebliche Grade. Das Bindegewebe ist im ganzen zellarm, von kleineren Spindelzellen durchsetzt, die nur auf kürzeren Strecken dichter stehen und

mit kleinen Rundzellen untermischt sind. Grofser Reichtum an elastischen Fasern. Die Gefäfse lassen keine Abnormität wahrnehmen. Die Ausführungsgänge sind von normalem Aussehen. Läppchen klein, Zellen gut erhalten.

Abgesehen von einer mäfsigen Bindegewebswucherung, sind also mikroskopisch keine wesentlichen Veränderungen erkennbar.

Magen: starke Selbstverdauung.

Nieren: trübe Schwellung und ziemlich erhebliche Verfettung der Rindensubstanz.

Genitalien: Die Substanz des linken Hodens ist von zahlreichen weifslichen Zügen und Herden fibrösen Gewebes durchsetzt.

Rechter Hoden und die Nebenhoden ohne Besonderheit.

Gehirn anämisch, sonst ohne pathologischen Befund.

Einen ganz ähnlichen Fall sah ich im Jahre 1892 auf der Abteilung meines verstorbenen früheren Chefs und hochverehrten Lehrers, des Herrn Dr. Eisenlohr.

Fall IV.

Frau H., 37 Jahre alt.

Erblich nicht belastet, als Kind gesund.

Mit 21 Jahren verheiratet. 3 Geburten von toten Kindern. Bei der ersten „Mutterbruch", bei der zweiten Fufslage mit Blutsturz und Verlagerung der Gebärmutter, nachher 12 Monate an Parametritis krank. Dritte Geburt normal.

Seit der letzten Entbindung im Jahre 1879 sind die Menses fortgeblieben.

1886 wegen Halsschmerzen und geschwollenem rechten Knie in ärztlicher Behandlung.

Im selben Jahre 6 Wochen wegen Brustfellentzündung im Allgemeinen Krankenhause St. Georg. Daneben bestand eine schmerzhafte elastische kleine Geschwulst am Condylus internus tibiae, in deren Umgebung das Periost verdickt und druckempfindlich war. Keine spezifische Behandlung.

1888, 13. VIII. im Neuen Allgemeinen Krankenhause aufgenommen wegen heftiger Schmerzen in beiden Unterschenkeln, die seit 4 Wochen bestehen sollen; die Schmerzen sollen nachts besonders heftig sein.

Gut genährte kräftige Frau.

Am Körper, besonders an den Armen, zahlreiche runde Hautnarben, über deren Entstehung die Patientin nichts angeben kann.

An der linken Halsseite einige bohnengrofse indolente Drüsen.

Leichtes Ödem beider Unterschenkel (Varicen an beiden Beinen, besonders der Beugeseite der Unterschenkel).

Wirbelsäule in der Gegend des ersten und zweiten Lumbalwirbels druckempfindlich.

Am rechten Schienbein fühlt man vorne im oberen Drittel eine gut haselnufsgrofse flache Auftreibung, welche auf Druck empfindlich ist und nachts heftig schmerzen soll.

Druckempfindlichkeit des rechten Femur und des rechten Schultergelenkes.

Abdomen fettreich, Abdominalorgane normal.

Herzbefund normal.

Lungen: L. H. U. 2 fingerbreite Dämpfung mit abgeschwächtem Atmungsgeräusch (alte Schwarte).

Patellarreflexe lebhaft.

Über den Urin fehlen Angaben.

Uterus wegen der fetten Bauchdecken schwer zu fühlen, ist klein und scheint retrovertiert zu liegen.

Rahmiges Sekret der Portio.

Klage über nächtliche Schmerzen in beiden Unterschenkeln.

Schmierkur und Jodkalium. Die Schmierkur mufste dreimal wegen Stomatitis mercurialis unterbrochen werden. Nachher wurde sie besser vertragen. Anfang Oktober wurden die Schmerzen geringer, doch war die Auftreibung der Tibia noch haselnufsgrofs. Ende Oktober war nur noch wenig von derselben zu fühlen und die Schmerzen hatten ganz aufgehört. Dabei hatte sich der Allgemeinzustand ganz bedeutend gebessert. Körpergewicht 80 kg. 31. X. entlassen.

Ende Dezember 1891 kam die Kranke zum zweiten Male in das Krankenhaus. Die heftigen nächtlichen Knochenschmerzen waren seit einigen Wochen wiedergekehrt. Gleichzeitig hatte sich ein geradezu unlöschbarer Durst eingestellt, und die Patientin magerte rapide ab.

Die früher eher fettleibige Kranke war jetzt hochgradig abgemagert. Trockene, schlaffe Haut. Zunge trocken, mit dickem borkigen Belage. Intensiver säuerlich obstartiger Acetongeruch der Exspirationsluft.

Klage über Schlaflosigkeit und heftige nächtliche Schmerzen in den Schienbeinen.

Herz, Lungen und Abdominalorgane ohne Besonderheiten.

Druckempfindliche flache Auftreibungen an den oberen Dritteln beider Schienbeine, Schmerzen in den Schultergelenken.

Diurese 6000—7000 mit Spur Albumen und 5—6% Zucker. Aceton- und Acetessigsäureprobe positiv. Hochgradiger Durst; dabei schwere Anorexie.

Der Versuch einer Schmierkur mufste bald aufgegeben werden, weil schnell auftretender Merkurialismus zu einer bedrohlichen Verschlimmerung führte. Im übrigen wurde Jodkalium gegeben und eine vorsichtige diätetische und symptomatische Behandlung versucht. Doch war das Siechtum und der Kräfteverfall nicht mehr aufzuhalten. Es kamen Lungenerscheinungen hinzu und am 8. II. 92 trat der Exitus letalis ein.

Bei der am 9. II. vorgenommenen Autopsie (Dr. Strecker) wurde eine hochgradige Atrophie des Pankreas mit geringer Vermehrung der interstitiellen Bindegewebszüge gefunden. Aufserdem intensive parenchymatöse Nephritis (grofse weifse Nieren). Infarkte in beiden Nieren. In den Lungen Bronchiektasien und bronchopneumonische Herde im rechten Oberlappen. Gehirnbefund normal.

Im Falle III wissen wir nichts über den klinischen Verlauf. Dafs Syphilis mit im Spiele ist, wird durch die bei der Sektion gefundene Orchitis fibrosa genügend bewiesen. Im Falle IV geht aus der Krankengeschichte klar hervor, dafs der Diabetes sich gleichzeitig mit Erscheinungen der tertiären Syphilis entwickelte.

Bei beiden findet sich als charakteristischer und für die Entstehung des Diabetes in erster Linie heranzuziehender Befund eine hochgradige Atrophie des Pankreas mit geringer interstitieller Bindegewebswucherung. (Höchstens käme in Fall IV noch die chronische Nephritis in Betracht.)

Ist diese Pankreasatrophie in unseren Fällen nun als eine syphilitische anzusprechen? Nach der von Hansemann aufgestellten Klassifikation wäre diese Frage unbedingt zu verneinen. Der Befund in beiden Fällen pafst am besten auf die von Hansemann als besondere Form aufgestellte genuine

Granularatrophie des Pankreas, deren Wesen in einem Kleinerwerden der Parenchymzellen ohne wesentliche Strukturveränderung derselben (nur zuweilen eine geringfügige Fettmetamorphose) und einer geringfügigen Wucherung des interstitiellen Binde- und Fettgewebes bestehen soll. Die syphilitische fibröse Pankreatitis soll sich makroskopisch durch die Vergrößerung und Induration des erkrankten Organes auszeichnen, während man mikroskopisch derbe, breite Bindegewebsbalken findet, die nach Art der Lebercirrhose das noch erhaltene Drüsenparenchym umgeben und einsargen.

Doch scheint es mir fraglich, ob die Aufstellung HANSEMANNS nicht zu schematisch gehalten ist. Aus der Zusammenstellung KASAHARAS[2] geht wenigstens hervor, daſs auf konstitutionell syphilitischem Boden auch andere Formen der Pankreasveränderung gefunden sind, als der von HANSEMANN aufgestellte Typus.

Fall 12.

Anat. Diagnose: Tabes dorsalis, Aneurysma aortae, Atrophia laevis baseos linguae.

Pankreas: Mikroskopisch die Wandungen der Gefäſse und Ausführungsgänge verdickt.

Fall 9.

Anat. Diagnose: Syphilis constitutionalis. Encephalomalacia nuclei lentiformis d. Splenitis indurativa gummosa.

Pankreas: Gefäſse verdickt, stellenweise starke Fettmetamorphose der Drüsenzellen.

Fall 70.

Klin. Diagnose: Iritis syphilitica.

Anat. Diagnose: Hepatitis chronica interstitialis, Atrophia fusca myocardii, Hypertrophia renum, Icterus.

Pankreas: Das interlobuläre Bindegewebe mäſsig vermehrt.

Ferner Fall 30 KASAHARAS:

Anatom. Diagnose: Gumma cerebri. Bronchopneumonia multiplex. Nephritis interstitialis chronica. Cicatrices laeves baseos linguae.

Pankreas: Das interlobuläre Bindegewebe ungleichmäſsig vermehrt, einige intertubuläre Zellhaufen vorhanden.

Besonders bemerkenswert scheint mir der Fall 19 KASAHARAS.

52jährige Frau.

Klin. Diagnose: Diabetes mellitus.

Anat. Diagnose: Atrophia pancreatis, Cicatrix ventriculi. Perigastritis et peripancreatitis adhaesiva, Atrophia fusca myocardii. Cicatrices laeves baseos linguae.

Pankreas: Stark atrophisch, mikroskopisch; Drüsenzellen verkleinert, das interstitielle Bindegewebe, besonders um die Gefäſse und Ausführungsgänge, mäſsig vermehrt, aber die Intima und Media der Gefäſse intakt. Intertubuläre Zellhaufen ziemlich reichlich vorhanden.

---

[2] KASAHARA: Über das Bindegewebe des Pankreas bei verschiedenen Krankheiten. *Virchows Arch.* 1896. Bd. 143, p. 111 ff.

Hier weisen die glatten Narben des Zungengrundes auf den Zusammenhang mit Syphilis hin, und der Pankreasbefund deckt sich fast vollkommen mit denjenigen in unseren Fällen.

Andererseits ist bei uns ein Fall von fibröser Pankreatitis beobachtet worden, der ganz das Bild der von HANSEMANN aufgestellten Pankreatitis syphilitica darbot, obwohl weder aus der genau bekannten Vorgeschichte des Falles noch aus dem pathologisch-anatomischen Befunde irgend ein Anhalt für die Diagnose Syphilis zu finden war.

L., Rosa Maria, 21 Jahre alt, aufgenommen am 17. IX. 1896. Seit 1 Jahr unter Sittenkontrolle.

1895. Blennorrhoea vaginae et urethrae.

Sonst sicher noch nicht geschlechtskrank.

Seit längerer Zeit Husten und Heiserkeit.

Kommt wegen vorgeschrittener Schwangerschaft ins Krankenhaus.

Status praesens:

Gravida im VII. Monat. Keine Zeichen überstandener oder frischer Lues.

Tuberculosis pulmonum et laryngis.

6. XII. Partus. Das Kind (Knabe) stirbt, 19 Tage alt, an Lebensschwäche und Atrophie. Autopsie: Keinerlei Zeichen kongenitaler Lues.

Nach dem Partus nimmt die Lungentuberkulose einen rasch progredienten Verlauf. Es tritt Albuminurie auf; auf Zucker ist leider nicht untersucht worden, da von den klinischen Erscheinungen nichts für die Möglichkeit eines Diabetes mellitus sprach.

Tod am 27. I. 1897.

Sektion am 28. I. (Dr. WERNER.)

Keinerlei syphilitische Organveränderungen. Tuberculosis pulmonum et laryngis. Myodegeneratio cordis; Thrombenbildung im Herzen. Infarkte in beiden Nieren. Trübe Schwellung in beiden. Stauungsleber. Embolische Hautecchymosen.

Pankreas vergrößert, 120 g schwer, aus der Umgebung leicht zu lösen, von auffallend derber Konsistenz. Auf dem Durchschnitte von normaler Zeichnung und graurötlicher Farbe.

Mikroskopischer Befund. (Dr. WILLE.) (Derselbe wurde mir von Herrn Dr. WILLE freundlicher Weise zur Verfügung gestellt.)

Es wurden fünf Stücke aus verschiedenen Teilen des Organs untersucht. Während an einzelnen Stellen (in zwei Stücken) das Pankreas vollkommen normal erscheint, fällt an anderen sofort eine außerordentlich starke Bindegewebsvermehrung auf. Das Bindegewebe teilt durch dicke Balken die Läppchen voneinander. Auch in den Läppchen selbst ist das Bindegewebe stellenweise deutlich vermehrt, so daß die Acini auseinander gedrängt erscheinen.

Das Bindegewebe ist durchweg fibrös, kernarm. Frische Rundzelleninfiltrationen sind nicht sichtbar.

Das Pankreasparenchym ist nicht besonders deutlich verändert.

Die Gefäßwände bieten normalen Befund.

(Färbung mit Hämatoxylin-Eosin und VAN GIESON.)

Die präcise pathologisch-anatomische Trennung der syphilitischen und der nicht syphilitischen Pankreaserkrankung muß also noch weiteren eingehenden Untersuchungen vorbehalten bleiben. Einstweilen wird durch die gleichartigen Pankreas-Befunde in meinen Fällen III und IV und

dem Fall 19 KASAHARAS und den sicheren Nachweis der Syphilis in allen drei Fällen in hohem Grade wahrscheinlich gemacht, dafs es sich hier nicht um ein zufälliges Nebeneinander handelt, sondern dafs in allen dreien die den Diabetes auslösende Pankreasatrophie auf dem Boden der tertiären Syphilis entstanden ist. Diese Annahme findet eine weitere Stütze darin, dafs in dem einen Fall (Fall IV) klinisch die Entwickelung des Diabetes im unmittelbaren Anschlufs an einen neuen Schub sicherer tertiärer Erscheinungen verfolgt werden konnte.

Auf der Suche nach neuen Fällen von syphilitischem Diabetes habe ich durch Monate hindurch den Urin aller frisch auf unserer Station aufgenommenen syphilitischen Männer und Weiber auf Zucker untersucht. Wenngleich diese Untersuchungen ihrem ursprünglichen Ziele nach erfolglos waren, so führten sie doch zu dem weiteren interessanten Resultate, dafs im Verlaufe der sekundären und der tertiären Syphilis eine vorübergehende Glykosurie vorkommt.

Diese Erscheinung ist bisher meines Wissens wenig bekannt, jedenfalls nicht eingehend studiert worden. Doch mag sie gelegentlich zu Täuschungen geführt haben. So führte ich oben schon aus (S. 235), dafs der Fall von syphilitischem Diabetes, den DECKER in wenigen Tagen durch eine Schmierkur geheilt haben wollte, wohl nichts anderes war, als eine solche transitorische Glykosurie.

Vereinzelte Angaben sind in der Litteratur niedergelegt.

In REUMONTS Arbeit über einen Fall von Tabes mit Diabetes mellitus fand ich die Notiz, dafs Herr Geheimrat G. MAYER in Aachen in einigen wenigen Fällen Glykosurie neben manifester Syphilis gesehen habe, ohne dafs ein kausaler Zusammenhang hätte nachgewiesen werden können. „In einem Falle bestanden noch leichte Hautsymptome, in einem anderen war Sarkocele gummosa vorhanden, als Glykosurie beobachtet wurde."

Zwei weitere Beobachtungen dieser Art teilte mir Herr Geheimrat G. MAYER auf eine briefliche Anfrage hin in liebenswürdiger Weise mit.

„Ein Patient, den ich in diesem Jahre an frischer sekundärer Lues behandelte, und der noch kurz vor seiner Infektion anstandslos (selbstverständlich nach Untersuchung des Urins) in zwei Lebensversicherungen aufgenommen war, zeigte während der Kur nach 13 Einreibungen plötzlich Glykose im Urin (0,75 %). Dieselbe verschwand jedoch sehr rasch wieder nach geeigneter Diät und trat während der weiteren Kur bei Innehaltung einer gewissen Diät nicht wieder auf. Der Patient litt an ziemlich erheblichen papulösen Haut- und Schleimhautaffektionen."

„Eine ebenfalls rasch vorübergehende Glykosurie sah ich in den letzten Wochen auch bei einem älteren Manne mit 10—12 Jahre alter Syphilis, von der als einziges Symptom noch Nagelentartung da war."

NEUMANN erwähnt, dafs er mehrere Male bei tertiärer Syphilis Zucker gefunden habe, ohne dafs bei der Obduktion Veränderungen des Pankreas gefunden wurden.

Vielleicht hat auch GÜNTZ ähnliches gesehen. Nach ihm soll in den Fällen, in denen eine Quecksilberkur den Zuckergehalt des Urins zum Schwinden bringt, kein eigentlicher Diabetes, sondern accidentelle Glykosurie bestehen.[3]

REZEK sah, wie schon im I. Teil erwähnt wurde, bei einem Fall von Gehirnsyphilis im Sopor eine vorübergehende Glykosurie von achttägiger Dauer. Nach REZEKS Angabe hat auch PICK in Prag im Gefolge von Hirnlues mehrmals vorübergehende Glykosurie beobachtet, ohne dafs sich dabei Erscheinungen eines wirklichen Diabetes bemerkbar gemacht hätten.

Ich verfuhr bei meinen Untersuchungen in folgender Weise.

Der Urin wurde stets vor Beginn der Quecksilberbehandlung untersucht, um dem Einwand einer toxischen Quecksilbermelliturie von vornherein zu entgehen.

Nur in vereinzelten Fällen hatte schon vor der Aufnahme aufserhalb des Krankenhauses eine Quecksilberbehandlung stattgefunden. Bei einem Kranken bestand schon bei der Aufnahme Stomatitis mercurialis.

Sämtliche Patienten erhielten die gewöhnliche volle Krankenhauskost (IV. Form mit Frühstück).

Die erste Untersuchung wurde stets mit NYLANDERscher Lösung vorgenommen; positive Resultate wurden durch die übrigen Zuckerreaktionen und die Gärungsprobe nachgeprüft und der Zuckergehalt polarimetrisch bestimmt. Eventueller Eiweifsgehalt des Urins wurde vor Anstellung der Zuckerproben durch Kochen und Filtration beseitigt.

Im ganzen wurde

bei 186 syphilitischen Männern 10 mal
bei 173 syphilitischen Weibern 7 mal

eine transitorische Glykosurie gefunden.

Von den 10 Fällen bei syphilitischen Männern müssen zwei von vornherein ausgeschieden werden. Sie betreffen Leute, die vor dem Eintritt in das Krankenhaus noch einmal sich einen tüchtigen Biertrunk geleistet hatten. Der eine gab 5—6 Liter Bier zu. Der andere war weniger offenherzig, doch liefs der Zustand seines Sensoriums bei der Aufnahme die Wirkung einer jedenfalls recht beträchtlichen Dosis vermuten. Bei beiden war nur der Nachtharn nach dem Alkoholgenufs zuckerhaltig. Dafs übermäfsiger Biergenufs eine vorübergehende Melliturie hervorrufen kann, ist nach den Arbeiten von N. STRÜMPELL, KREHL, KRETSCHMER und STRAUSS bekannt. Bei dem chronischen Alkoholismus und dem Delirium tremens der Schnapstrinker fand ich, wie ich in einer

---

[3] GÜNTZ, Über die Gefahr von Quecksilberkuren bei Syphilis und gleichzeitig bestehendem Diabetes. *Memorabilien.* XXXIV. 3. pag. 129. Mir im Original nicht zugänglich. Citiert nach HEFFTER in *Schmidts Jahrb.* 1894.

früheren Arbeit ausführte,[4] nur nach Verabreichung von gröfseren Dosen Chloralamid häufig Glykosurie. Auf Grund von positiven Versuchen an Kaninchen, deren Resultate seitdem in NAUNYNS Laboratorium eingehend nachgeprüft und bestätigt worden sind (s. NAUNYN, *Über den Diabetes mellitus*) fafste ich diese Glykosurie als eine toxische Chloralwirkung auf. Doch giebt der chronische Alkoholismus jedenfalls eine erhöhte Disposition für das Auftreten der toxischen Glykosurie. Später habe ich bei zwei sogenannten Quartalsäufern im nauseosen Reaktionsstadium nach der mehrtägigen Einfuhr enormer Massen alkoholischer Getränke spontane transitorische Melliturie gesehen. Es ist also immerhin möglich, dafs dem bei den 186 Männern 9mal ausdrücklich notierten chronischen Alkoholismus (davon 1 Fall mit transitorischer Glykosurie) die Bedeutung einer erhöhten Disposition zufällt. Die Mitwirkung dieses Faktors würde den höheren Procentsatz der Glykosurie bei den Männern im Vergleich zu den Frauen in einfacher Weise erklären.

Fünf syphilitische Männer (Seeleute) waren gleichzeitig mit schwerer tropischer Malaria behaftet. In keinem dieser Fälle wurde Glykosurie gefunden. Ich erwähne dies ausdrücklich, weil nach BURDEL und VERNEUIL bei Malariafieber und Malariakachexie häufig Glykosurie vorkommen soll.[5]

Bei zwei syphilitischen Weibern ward die Glykosurie wahrscheinlich durch Schwangerschaft im 7. resp. 8. Monat vorgetäuscht. Eine dritte hatte bis kurz vor der Aufnahme im Krankenhause ihr Kind gestillt. Bei allen dreien fielen die TROMMERSche und die NYLANDERSche Probe sehr deutlich positiv aus, die Untersuchung im Polarimeter ergab deutliche Rechtsdrehung. Bei der polarimetrischen Untersuchung wurden (nach der für Traubenzucker berechneten Tabelle) 0,2%, 0,4%, 0,3%—1,5% gefunden, während im Gärungskölbchen nur wenige kleine Gasblasen nach 24 Stunden aufgestiegen waren. Es handelte sich also wohl um eine Laktosurie. In einem Falle wurde die Gärungsprobe leider versäumt.

Nach Ausschaltung aller zweifelhaften oder durch andere ätiologische Momente zu erklärenden Fälle bleiben unter 359 syphilitischen Individuen 12 Fälle nur auf Lues zu beziehender transitorischer Glykosurie übrig. Das ist in 3,3% der Fälle. Unter 186 Männern 8 Fälle = 4,3%, unter 173 Weibern 4 Fälle = 2,3%.

Von diesen 12 Glykosurien wurde eine kurz vor Ausbruch der ersten Sekundärsymptome beobachtet.

B., 48jähriger Arbeiter, aufgenommen 30. IV. 1898. Hartes Ulcus des Innenblattes der Vorhaut. Glockenschwengelartiges Sklerödem und Phimose der Vorhaut. Leistendrüsenschwellung. Das Ulcus heilte nicht, trotz sorgfältiger und energischer Behandlung.

[4] MANCHOT, Über Melliturie nach Chloralamid. *Virch. Arch.* Bd. 136.

[5] Siehe NAUNYN, *Über den Diabetes mellitus*. S. 112.

Vom 2. VI. bis 12. VI. Zucker im Harn 0,1—0,3%, nachher dauernd zuckerfrei.

26. VI. indolente Schwellung der Cubital- und Cervikaldrüsen notiert.

Am 26. VI. ungeheilt entlassen, weil der Kranke die für notwendig erklärte Spaltung der Phimose nicht ausführen lassen will.

In 8 Fällen trat die Glykosurie gleichzeitig mit den ersten Allgemeinerscheinungen der Syphilis auf.

Einige Beispiele mögen dies erläutern.

Schr., 38jähriger Mann, Arbeiter. 1898 seit Mitte Mai harter Schanker. Noch nicht behandelt.

25. V. aufgenommen.

Guter Ernährungszustand. Geringer Tremor. (Mäfsiger Potus zugestanden.) Groschengrofses induriertes Ulcus im Sulcus retroglandularis rechts. Indolente Leistendrüsenschwellung. Keine Sekundärerscheinungen.

Am 27. V. im Harn 0,8% Zucker. Menge 1400. Spez. Gew. 1025.

Am 28. V. 0,9% Zucker, 1000/1028.

Am 29. V. 0,7% Zucker, 1100/1028. Diffuse grofsfleckige Roseola.

Am 30. V. 0,75% Zucker, 1000/1028.

Am 31. V. 0,4% Zucker, 1000/1027.

Am 1. VI. 0,2% Zucker, 1200/1025. Temp. 38° ohne nachweisbaren Befund. (Eruptionsfieber.)

2. VI. bis 12. VI. 0,1% und weniger Zucker.

13. VI. Zuckerfrei.

14. VI. Spur Zucker.

15. und 16. VI. Zuckerfrei.

17. und 18. VI. Spur Zucker.

19. und 20. VI. Zuckerfrei.

21. und 22. VI. geringe Mengen Zucker.

Vom 23. VI. an dauernd zuckerfrei.

E., 25jähriger Heizer. 1898, 19. IV. Um das Orificium urethrae herum knorpelhartes Ulcus. Indolente Leistendrüsenschwellung.

9. V. geheilt entlassen.

19. VII. wieder aufgenommen.

Einige Zeit nach der Entlassung Halsschmerzen und wunde Stellen am Penis.

Noch nicht wieder behandelt.

Makulöses Exanthem des Rumpfes.

Schleimpapeln auf dem Scrotum, dem Penis, am After, im Munde.

Schuppende Papeln im Nacken.

19. VII. 0,3% Zucker 900/1017.

20. VII. 0,3% Zucker 1200/1018.

21. VII. Kein Zucker.

22. VII. 0,6% Zucker 1300/1019.

23. VII. 0,55% Zucker 1500/1018.

Vom 24. VII. an dauernd zuckerfrei.

F., Commis, 21 Jahre.

1897. September und Oktober harter Schanker.

Seit Ende Februar 1898 Stellen am After; noch nicht behandelt.

24. V. 1898. Nässende Papeln auf dem Scrotum.

Grofse Beete nässender breiter Kondylome rings um den After. Hypertrophie der Tonsillen.

25. V.
26. V.
27. V.
28. V. } Zucker im Urin.
29. V.
30. V.

Vom 31. V. an dauernd zuckerfrei.

In den übrigen 5 Fällen, die sonst nichts neues bieten, dauerte die Glykosurie 1 mal 3 Tage, 3 mal 2 Tage, 1 mal 1 Tag.

In 9 von den 12 Fällen, d. h. in $^3/_4$ derselben, wurde also die Glykosurie zur Zeit der ersten Allgemeinerscheinungen, resp. kurz vor Ausbruch derselben beobachtet. Zwei weitere, kurz dauernde Glykosurien wurden bei späteren Recidiven der Lues beobachtet, ein Fall endlich bei einer tertiär syphilitischen Person.

Schon im ersten Teil habe ich erwähnt, dafs wir bei der kongenitalen Syphilis auf unserer Abteilung niemals Zucker im Harn gefunden haben. In 4 weiteren Fällen hatte ich seitdem wieder ein negatives Resultat.

Auch bei 3 Fällen von Lues hereditaria tarda, die im Laufe dieses Sommers beobachtet wurden, war der Urin stets zuckerfrei.

Die Glykosurie liefs in keinem Falle einen auffälligen Zusammenhang mit der Schwere der Infektion erkennen. Bei mehreren schweren Fällen ulceröser Syphilis wurde niemals Zucker gefunden. In einem Falle ungewöhnlich schwerer maligner Syphilis bestand lange Zeit Polyurie, doch war der Harn stets zuckerfrei auch nach Zuführung von 100 g Dextrose.

Nach meiner Auffassung ist die transitorische Glykosurie der Syphilitischen eine Teilerscheinung der syphilitischen Erkrankung des Gesamtorganismus. Dazu stimmt, dafs sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gleichzeitig mit dem ersten Auftreten der sekundären Allgemeinerscheinungen beobachtet wurde.

Als direkte Ursache der Glykosurie lassen sich vorübergehende, reparable Störungen des Pankreas, vielleicht auch der Leber vermuten. Die transitorische Glykosurie der Syphilitischen würde also ein weiteres Glied in der Kette jener Erscheinungen darstellen, welche die Beteiligung der inneren Organe an dem Ausbruch der konstitutionellen Syphilis dokumentieren. In diesem Sinne ist sie der syphilitischen Albuminurie, dem Ikterus syphiliticus, den sekundärsyphilitischen Gelenk- und Sehnenscheiden-Affektionen, der akuten Herzschwäche der Syphilitischen anzureihen.

Schliefslich habe ich noch in einer Reihe von Fällen Versuche auf alimentäre Glykosurie e saccharo angestellt. Doch führten dieselben zu keinem besonderen Ergebnisse. Syphilitiker, deren Harn bei der ersten Untersuchung zuckerfrei befunden war, erhielten nach NAUNYNS Vorschrift 2 Stunden nach dem ersten Frühstück 100 g Dextrose in Wasser gelöst.

Von 65 Männern hatten nach diesem Versuche 7 geringe Mengen Zucker im ersten Harn: 2 mal 0,3%, die übrigen Male 0,1 und weniger. Von 66 Weibern hatte nur eine tertiär syphilitische alte Puelle 0,5% Zucker im ersten Harn. Bei derselben kam noch chronischer Alkoholismus mit in Betracht.

Aus der Praxis.

Über hautfarbene Salben und Pasten.

Von

Dr. H. Rausch-Essen a. d. Ruhr.

Der in Bd. XXVII., No. 5 dieser Zeitschrift erschienene Artikel über „Pulvis cuticolor" von Unna giebt mir Veranlassung über meine Versuche Mitteilung zu machen, die ich einer Anregung des letzteren folgend, seit einiger Zeit zum Zwecke der Herstellung hautfarbener Salben und Pasten unternommen.

Da die Verwendung des Pulvis cuticolor, das ich in der Unnaschen Klinik kennen gelernt, der Natur der Sache nach doch wohl nur eine beschränkte sein kann, so lag der Gedanke nahe, die Idee — den äufserlich anzuwendenden Mitteln ein möglichst hautfarbenes Kolorit zu verleihen — auch auf die in der Praxis gebräuchlichsten Salben und Pasten auszudehnen.

Am einfachsten war dies zu verwirklichen bei der gewöhnlichen Zinksalbe. Eine geringe Menge des im Pulvis cuticolor enthaltenen roten Farbstoffes — des Bolus rubra — (die Vorschriften folgen weiter unten) genügt schon, um dieser Salbe den in kosmetischer Hinsicht recht störenden blauen Zinkschimmer zu nehmen. Mit demselben versetzt hinterläfst sie, gut in die Haut eingerieben, keine Spur mehr.

Viel schwieriger schon gestalteten sich die Verhältnisse bei der Pasta Zinci und Pasta Zinci sulfurata. Hier konnte mit Bolus rubra allein kein befriedigendes Resultat erreicht werden. In kleinen Mengen zugesetzt ging er vollständig in dem weifsgrauen Farbenton der Pasten unter, gröfsere Mengen verliehen denselben eine der gesunden Haut höchst unähnliche braunrote Farbe.

Es hiefs sich also nach einem neuen Farbstoffe umsehen, der den geforderten Bedingungen besser entsprach. Nach vielen vergeblichen Bemühungen gelang es, denselben in dem Eosin aufzufinden. Dasselbe

löst sich bekanntlich in Wasser mit einer prächtigen roten, etwas ins gelbliche spielenden Farbe. Nur wenige Tropfen einer schwachen Lösung vermögen denn auch schon die genannten Pasten fast vollkommen hautfarben zu machen.

War einmal in dem Eosin ein für unsere Zwecke so brauchbarer Farbstoff gefunden, so schien es dankenswert, zu versuchen, ob dasselbe auch den so viel verwendbaren Ichthyolsalben ein mehr der menschlichen Haut ähnliches Kolorit zu verleihen im stande wäre. Dies gelang wider Erwarten sehr leicht, nur bedurfte es, um die intensive Ichthyolfarbe zu überwinden, hier einer etwas gröfseren Menge des zuzusetzenden Eosins und zwar nimmt dieselbe mit dem steigenden Procentgehalte des Ichthyols in einem ganz bestimmten Verhältnisse zu, wie aus den unten angegebenen Vorschriften ersichtlich ist. Die Grenze der Leistungsfähigkeit des Eosins ist mit einem 5%igen Ichthyolgehalt der Paste gegeben, darüber hinaus konnte bisher kein befriedigendes Resultat erreicht werden.

Sehr verführerisch war es, dem Gelanthum, dessen Anwendungsweise im Gesicht vermöge seiner flüssigen Konsistenz eine so überaus angenehme ist, einen hautfarbenen Ton zu verleihen. Dies war bei weitem das schwierigste Unternehmen bei der ganzen Versuchsreihe. Es wollte weder mit Bolus rubra noch mit Eosin allein glücken. Erst durch Kombination dieser beiden Farbstoffe konnte die Aufgabe als gelöst betrachtet werden.

Auch dem Zinkleim läfst sich mit den beiden genannten Mitteln zusammen, statt mit Ichthyol (wie dies in der Unnaschen Klinik geschieht) eine der Haut ähnliche Farbe verleihen, was bei ausgebreiteter Anwendung im Gesichte, z. B. bei der Schälkur, sehr erwünscht sein kann.

Bevor ich nun die Vorschriften für die hautfarbenen Präparate folgen lasse, will ich nicht verfehlen, an dieser Stelle Herrn Pharmazeut C. Ehrlich-Köln für die liebenswürdige Unterstützung bei den Versuchen meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Vorschriften.

Ungt. Zinci cuticolor.

℞ *Bol. rubr. arm.* 0,03
Glycerini gtts. VI
Ungt. Zinci ad 10,0
Mf. ungt.

Pasta Zinci (Unna) cuticolor.

℞ *Bol. rubr. arm.* 0,24
Glycerini gtts. XX
Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. VIII
Pasta Zinci 40,0
Mf. pasta.

Pasta Zinci sulf. (Unna) cuticolor.

℞ *Bol. rubr. arm.* 0,24
Glycerini gtts. XX
Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XII
Pasta Zinc. sulf. 40,0
Mf. pasta.

Pasta Zinci (Unna) c. Ichthyol. cuticolor.

℞ *Ichthyol* 1%
Pasta Zinci 40,0
Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XVI

℞ *Ichthyol* 2%
Pasta Zinci 40,0
Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XXIV

℞ *Ichthyol* 3%
Pasta Zinci 40,0
Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XXXII

℞ *Ichthyol* 4%
Pasta Zinci 40,0
Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XXXX

℞ *Ichthyol* 5%
Pasta Zinci 40,0
Sol. Eosini rubr. (1:100) gtts. XII

Gelanthum cuticolor.

℞ *Bol. rubr. arm.*	0,02
Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. II	
Zinc. oxyd.	0,4
Glycerini	3,0
Gelanth.	20,0.

Hautfarbener Zinkleim.

A. Harter.

℞ *Bol. rubr. arm.*	0,3
Sol. Eosini rubr. (1:500)	3,5
Aqu. dest.	50,0
Gelatin.	15,0
Glycerini	10,0
Zinc. oxyd.	25,0.

B. Weicher.

℞ *Bol. rubr. arm.*	0,3
Sol. Eosini rubr. (1:500)	3,5
Aqu. dest.	55,0
Gelatin.	12,5
Glycerini	12,5
Zinc. oxyd.	20,0.

Ich habe die angebenen hautfarbenen Präparate in der Praxis seither vielfach verwendet und bin mit denselben sehr zufrieden. Sie werden von den meisten Patienten gerne genommen, schon deshalb, weil sie auch im Gesichte eine Tagesbehandlung ermöglichen, denn gut in die Haut eingerieben, merkt man dem Träger kaum an, dafs seine Haut mit Salbe versehen ist. Die Pasta Zinci sulf. und die Pasta Zinci, welch letzterer man unbeschadet des Farbeneindruckes Resorcin und Sublimat zusetzen kann, lassen sich mit Vorteil bei Bekämpfung der Akne gebrauchen, die Ichthyolpasten bei den verschiedenartigsten Erythemformen im Gesichte, überhaupt überall da, wo eine anämiesierende und gefäfszusammenziehende Wirkung erwünscht ist.

Sehr vielseitig kann sich die Verwendungsweise des hautfarbenen Gelanthes gestalten. Ohne weiteren Zusatz kann es als Kosmetikum gute Dienste leisten zum Schutze empfindlicher Häute gegen Witterungseinflüsse. Unschätzbar ist es mir geworden bei der Behandlung der so lästigen, schwer zu beseitigenden Seborrhoea sicca faciei; die feinen, weifsen, das Gesicht leicht verunzierenden Schüppchen verschwinden prompt bei

der Einreibung mit dem gefärbten Gelanth, ohne eine Veränderung des Teints erkennen zu lassen. Auch bei luetischen Affektionen im Gesichte hat es sich mit einem Zusatze von Sublimat als sehr brauchbar erwiesen. Ob es sich auch zur Verhütung von Dermatitis, wie sie nach Durchleuchtung mit RÖNTGENschen Strahlen zuweilen auftritt, mit Vorteil verwenden läfst, mufs der Versuch lehren.

Eine Reizung der Haut oder eine sonstige durch den zugesetzten Farbstoff bedingte unangenehme Nebenwirkung habe ich nicht beobachtet, sodafs man gewifs einen ausgedehnten Gebrauch der hautfarbenen Präparate empfehlen kann.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.
Band 43 und 44. 1898.
Festschrift für F. J. PICK.

(Schlufs; s. Ref. S. 246 ff. in Heft 5.)

XIV. **Über Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans)**, von THEODOR SPIETSCHKA-Prag. Der Verfasser hatte Gelegenheit, an Prof. PICKS Klinik drei Fälle der Krankheit zu beobachten. Fall 3 betrifft eine 20jährige Person, die Januar 1895 ein ausgetragenes Kind gebar, das nach 5 Wochen starb. Im Anschlufs an die Geburt litt die Patientin fortwährend an Blutungen, welche teils in Form eines blutigen Ausflusses, teils in Form blutiger koagulierter Klumpen vor sich gingen. Juni 1895 wurde der Ausfluſs fleischwasserfarbig und sehr reichlich; nach 14 Tagen wurde er dick und eitrig und behielt diese Beschaffenheit bis zur Aufnahme der Patientin in die gynäkologische Klinik. In der ersten Hälfte des Dezembers 1895 stellte sich zuerst in der Umgebung des Genitales, später in den Achselhöhlen, der Leistengegend, in der Ellenbogenbeuge und der Gegend unterhalb der Brüste ein intensives Jucken ein, welches die Patientin veranlafste, sich oft zu kratzen. Ende Dezember bemerkte sie, dafs diese Hautpartien sich dunkler färbten, dafs die Haut daselbst dicker wurde und ihr glattes Aussehen verlor. Allmählich veränderte sich auch die Haut des Gesichtes, sie bekam einen unreinen Teint, indem sich kleine Knötchen und Pustelchen entwickelten und sich weiche dunkelbraune Warzen ausbildeten. Auf der gynäkologischen Klinik wurde als Ursache der Blutungen ein Decidnoma malignum uteri diagnostiziert und die Exstirpation des Uterus mit gutem Erfolge ausgeführt. Der Verfasser beschreibt ausführlich den Status praesens und teilt das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Dasselbe stimmt im allgemeinen mit den Befunden früherer Autoren überein. Als wichtigstes Merkmal besteht in allen Fällen die Hypertrophie im Stratum spinosum, und zwar in der Regel eine Vermehrung der Zellen desselben ohne bedeutende Veränderungen an denselben. Zweitens wird von allen Autoren Unregelmäfsigkeit der Ausbildung des Stratum granulosum konstatiert, ferner geringe Entwickelung oder selbst vollständiges Fehlen des Stratum lucidum, dagegen mächtige Entwickelung

der Hornschichten und Auflockerung der höheren Lagen derselben. Drittens ist die Pigmententwickelung zu bezeichnen. Viertens findet man konstant Veränderungen in der Cutis, charakterisiert einmal durch Wucherung des Papillarkörpers und zweitens durch Entzündungserscheinungen. — Verfasser bespricht die Differentialdiagnose. Klinisch zeigen die drei beschriebenen Fälle das klassische Bild der Dystrophie papillaire et pigmentaire mit ihren drei Kardinalsymptomen: typische Lokalisation, Hypertrophie der Hautpapillen, welche zur Unebenheit der Haut und Papillombildung führt, abnorme Pigmentation. Von der Darierschen Krankheit, mit welcher die Affektion viele klinische Momente gemeinsam hat, unterscheidet sie sich streng durch das vollständige Fehlen der „Psorospermien". — Von Interesse ist in ätiologischer wie therapeutischer Beziehung, daſs die Patientin des oben beschriebenen Falles 4½ Monate, nachdem sie operiert und geheilt entlassen worden war, auch ihre Hautkrankheit vollständig verloren hat. Dieser Verlauf spricht für die Richtigkeit der Anschauung, daſs die Dystrophie papillaire et pigmentaire sekundär bei schweren Erkrankungen von Abdominalorganen, am häufigsten des Carcinoms und verwandter Erkrankungen auftritt. In der Litteratur sind unter dreizehn Fällen neun mit malignen Tumoren behaftet. Das weibliche Geschlecht scheint häufiger als das männliche befallen zu werden; neun unter den dreizehn Fällen betreffen Weiber. Unter den Ursachen spielt der Alkoholismus, wie es scheint, eine Rolle. Von vier männlichen Individuen litten drei an Alkoholismus mit schweren Verdauungsstörungen.

XV. **Ein Fall von Lepra in der Provinz Posen,** von A. Staub-Posen. Der 39jährige Patient ist in der Provinz Posen geboren, in jungen Jahren zur Marine gegangen und hat sich lange Zeit in tropischen Ländern aufgehalten, an Malaria und Ringworm gelitten. Im Jahre 1882 acquirierte er in Hamburg Syphilis, ging später nach Indien, war in Rangun (Birma) lange als Maschineningenieur thätig. 1888 heiratete er. Der Ehe entstammt ein gesundes Kind. 1890 bemerkte er das Auftreten eines kleinen weiſsen Flecks am Oberschenkel, an welchem das Gefühl wie abgestorben war; der Fleck vergröſserte sich nach und nach, gleichzeitig entwickelten sich weiſse, anästhetische Flecken am anderen Bein, an den Armen. Der Patient stöſst sich, verbrennt sich oft beim Feueranmachen, ohne es recht zu fühlen. Im Jahre 1897 kam er nach Deutschland zurück und wohnt seitdem in einem kleinen Städtchen der Provinz Posen. Einige Monate nachdem er sich hier niedergelassen hatte, zeigten sich die ersten roten Flecke im Gesicht, auf der Stirn, über den Augenbrauen und verbreiteten sich allmählich auf die Wangen und auch auf die Haut des Körpers. — Der Verfasser beschreibt ausführlich den Status praesens. Die charakteristischen Anästhesien, das fleckig-knotige Exanthem, der lange Aufenthalt in einer stark verseuchten Lepragegend, endlich der Bacillenbefund lassen einen Zweifel an der Diagnose nicht zu. Die Krankheit zeigt gegenwärtig die anästhetisch-makulöse Form. Die Behandlung mit Bädern, Ichthyol, Arsenik, Quecksilber, Jodkalium scheint keinen Einfluſs auf das Leiden auszuüben. Gegen die unangenehmen Parästhesien verschafft der Gebrauch von Menthol- und Salicylspiritus wohlthuende, wenn auch nur momentane Erleichterung.

XVI. **Über einige bisher noch nicht beschriebene Formen von Herpes tonsurans,** von Edmund Stern-Mannheim. Im August 1888 begann in Mannheim, wo bis dahin Fälle von Herpes tonsurans bei Einheimischen überhaupt nicht zur Beobachtung gelangt waren, eine Epidemie der Affektion. Innerhalb von 5 Monaten kamen 100 Personen, lauter Männer, wegen Bartflechte in Behandlung. Im Jahre 1889 belief sich die Zahl der Behandelten auf 189. Im Anfang des Jahres 1890 schien die Epidemie zu erlöschen, zeigte jedoch noch im März eine Exacerbation, um erst im Oktober bedeutend und nachhaltig zurückzugehen. Die Krankheit ist seitdem nicht

ganz erloschen. — Das reiche Material bot Gelegenheit zum eingehendsten Studium der Krankheit, zu klinischen und therapeutischen Versuchen und zur Beobachtung von Varietäten des Prozesses, wie sie bisher noch nicht beschrieben worden sind. — Unter den Fällen befanden sich: 1. ein Fall mit Herpes tonsurans squamosus des Kinns, auf die innere Fläche der Unterlippe übergreifend. Der cutane Teil der Affektion heilte nach 10tägiger Anwendung einer 25%igen Chrysarobinsalbe, auf der Schleimhaut trat Heilung unter Pinselungen mit 5%igem Resorcinwasser ein. 2. Ein Fall mit Herpes tonsurans vesiculosus acutus des Kinns, mit Übergang auf die Wangenschleimhaut. 3. Herpes tonsurans pemphigoides mit grofsen, flachen, partiell hämorrhagischen Blasen der Gesichtshaut, gleichzeitig trichomykotischen Knoten des Bartes, Kerion des Schläfenhaars und Ohrmuschelinfiltration. 4. Ein Fall von schuppendem, knotigen Herpes tonsurans der Nackenhaut mit ulcerösem Zerfall eines Knotens. 5. Herpes tonsurans disseminatus mit Bildung multipler trichomykotischer Knoten an der ganzen Körperhaut. Der Fall, ein Unicum in seiner Arbeit, betraf ein 17jähriges Mädchen, dessen Bruder ¼ Jahr vorher vom Verfasser an Herpes tonsurans barbae behandelt worden war. Die Patientin zeigte auf der Haut des Rumpfes und beider Extremitäten linsen- bis flachhandgrofse, fahlgelbrote, im Centrum zart schuppende Plaques, die mäfsiges Jucken verursachten und in denen nach langem Suchen spärliche Mycelien nachgewiesen werden konnten. Aufserdem bemerkte man auf der Haut der Kreuzbeingegend, der Nates, über den Brüsten, auf dem Unterleib, längs beider Ligamenta Poupartii, an beiden Oberschenkeln zahlreiche kleinfinger- bis daumendicke, dunkelrote, ziemlich genau den Follikeln entsprechende, mehr oder weniger prominente, fast schmerzlose, auf Druck nicht exprimierbare Knoten. Dieselben liegen teils im Gebiete der schuppenden Plaques, teils stehen sie isoliert. Sie sind glatt und meist von einem Haar durchbohrt. Eiterbildung war weder im Beginn noch im weiteren Verlaufe vorhanden, weshalb, zumal auch die Lokalisation nicht dafür sprach, Akne oder Furunkulose bei der Differentialdiagnose ausgeschlossen werden konnte. — Bei diesen wie bei den aufsergewöhnlichen Erscheinungen in den anderen Fällen wurde der ätiologische Zusammenhang mit dem Herpes tonsurans durch den mikroskopischen Nachweis von Pilzen festgestellt.

XVII. **Beitrag zur Kasuistik der Sklerodermie**, von Alfred Sternthal-Braunschweig. Verfasser beschreibt drei Fälle, von denen der erste ein 15jähriges Mädchen, der zweite einen 11jährigen Knaben, der dritte eine 36 Jahre alte Frau betraf. Die erste Patientin giebt an, dafs sie am 11. April 1891 bei Regen und Schnee einen stundenlangen Weg habe zurücklegen müssen und bei dieser Gelegenheit total durchnäfst worden sei. Schon unterwegs habe sie starkes Frösteln gefühlt. Als sie am nächsten Morgen erwachte, empfand sie eine Spannung der Halshaut. Sie konnte den Kopf nicht mehr bewegen. Der Status am 2. Mai, als Verfasser sie sah, bot folgende Hauptsymptome: die Haut des Gesichts straff gespannt, derb, glänzend, auf den Wangen braunrot, an der Stirn mehr gelblich verfärbt; die Augenlider weniger beweglich als normal. Der Mund kann nur wenig geöffnet werden. Die Härte und Spannung der Haut hat auch Hals, Nacken, Brust, Arme, Rücken, obere Bauchgegend ergriffen. Die Vorderarme werden in leicht gebeugter Stellung gehalten. Die Bewegungen der Gelenke der oberen Extremitäten sind infolge der Hautspannung wesentlich gestört. Es besteht beständiges Kältegefühl, aber nur sehr geringe Schmerzempfindung. Die Sensibilität ist für alle Qualitäten erhalten. Unter Massage, warmen Bädern und der Darreichung von Eisen, Aufenthalt in Norderney trat vollständige Heilung ein. Die ehemalige Patientin ist jetzt ein blühendes, kräftiges Mädchen und

zeigt nirgends eine Spur ihres früheren Leidens. — In dem zweiten Falle war ungewöhnlich und von besonderem Interesse das an Xeroderma pigmentosum erinnernde Gesicht mit den Sommersprossen ähnlichen Flecken und weifsglänzenden Grübchen und den zahlreichen, punktförmigen und geschlängelten Gefäfsektasien, ferner das Auftreten von Urticaria auf der sklerotisch erkrankten Haut. — Die Therapie war im zweiten und dritten Falle erfolglos. Die Seebäder, die Massage mit Salicylsalben, Eisen, Arsen, Chinin, die Schilddrüsentabletten, ebenso das jüngst von PHILIPPSON gerühmte Salol liefsen alle im Stiche. Verfasser glaubt, dafs man den Satz aufstellen könnte: Die Sklerodermie heilt spontan, oder sie heilt gar nicht. Aus diesem Grunde möchte er auch im ersten Falle nicht lediglich den angewandten Mitteln den guten Erfolg zuschreiben. Hier war vor allem von Wichtigkeit, dafs nirgends die Haut in das atrophische Stadium übergegangen war, und deshalb eine Rückkehr zum Normalen noch möglich war. — Nach den Beobachtungen des Verfassers ist „die Sklerodermie nicht nur eine Hauterkrankung, sondern kann alle Systeme des Körpers befallen, in erster Linie allerdings die Haut und Muskulatur. Ihre Ursache ist eine Gefäfserkrankung, wie WOLTERS, DINKLER u. a. nachgewiesen haben. Wodurch diese Gefäfserkrankung veranlafst wird, ist zur Zeit unbekannt."

XVIII. **Über die Anwendung der Arznei-Gelatine bei der Behandlung der pruriginösen Dermatosen**, von GEORGES THIBIERGE-Paris. Verfasser hatte zu dem praktischen Nutzen der medikamentösen Leime wegen der Schwierigkeit der relativen Dosierung der Bestandteile und wegen mancherlei Hindernisse und Unannehmlichkeiten bei der Applikation derselben anfangs nur ein mittelmäfsiges Vertrauen. Erst später überzeugte sich Verfasser von dem ausgesprochenen Werte dieser Behandlung, als er die Leime bei den rebellischen pruriginösen Affektionen in Gebrauch nahm. Hierzu veranlafsten ihn einmal die klinischen Beobachtungen JACQUETS, der gezeigt hatte, dafs bei Individuen, welche an Prurigo, Urticaria oder an vasomotorischen, den Pruritus begleitenden Störungen leiden, die Verhinderung der Berührung mit der Luft durch einen wattierten Verband den Pruritus beträchtlich milderte und die begleitenden resp. folgenden Hautveränderungen zum Verschwinden brachte; ferner die experimentellen Untersuchungen von CLAUDE BERNARD und anderen Physiologen, nach welchen die Störungen und Veränderungen der Haut und Schleimhäute, welche den Nervendurchschneidungen folgen, dadurch vermieden werden könnten, dafs man die des Nerveneinflusses beraubten Gebiete vor äufseren Einflüssen und Verletzungen schütze. Auf Grund dieser experimentellen Thatsachen aus den klinischen Beobachtungen nahmen BROCQ und JACQUET an, dafs in sehr vielen mit Pruritus verbundenen Dermatosen der Pruritus das primäre Phänomen sei: dafs sekundär durch das Kratzen die Cirkulationsverhältnisse der Haut gestört werden, und dafs diese Störungen Hyperämie, Zellinfiltrationen nach sich ziehen, die sich klinisch in verschiedenen Formen präsentieren können. So entstehen aus einem lokalen Pruritus Veränderungen, die man mit „Neurodermite circonscrite" oder „Lichen circumscriptus" bezeichnet. Bei solchen pruriginösen Dermatosen sind die medikamentösen Leime indiciert. Um die Unannehmlichkeiten, welche den bisherigen Leimen anhafteten, zu vermeiden, hat Verfasser zahlreiche Versuche angestellt und endlich eine Formel für eine Gelatine gefunden, welche folgende Bedingungen erfüllte: „Genügend grofse Verflüssigung unter dem Einflufs der Hitze, um sich leicht aufstreichen zu lassen; rasches und vollkommenes Trocknen, um das Ankleben an den Kleidern zu verhindern; genügende Widerstandsfähigkeit gegen die normale Körperwärme und die normalen Hautsekrete, um ein späteres Weichwerden zu verhindern; genügende Adhärenz an der Haut, um mehrere Tage an Ort und Stelle liegen zu bleiben, vollkommene Elastizität, um trotz aller Bewegungen nicht zu zerreifsen."

Die Formel lautet:

Gelatine	150,0 g
Grénétine	100,0 „
Gummi arab.	50,0 „
Glycerin	
Gekochtes Wasser ää	300,0 „
Zinkoxyd	100,0 „
Phenosalyl	2,0 „

Grénétine ist eine sehr reine Gelatine, erhalten durch Behandlung mit Salzsäure und durch Tierkohle vollkommen entfärbt. Phenosalyl ist ein Antisepticum zur Konservierung der Gelatine. — Die Bereitung der Gelatine geschieht in folgender Weise: „Einerseits verflüssigt man bei gelinder Wärme im Sandbade die Gelatine und Grénétine in der vorgeschriebenen Menge Wassers; andererseits trägt man nach und nach das Gummi und Zinkoxyd in das Glycerin ein. Dann läfst man die Gelatinelösung durch ein nicht sehr engmaschiges Filter in die Glycerin-Zinkoxydmischung laufen. Dann wird Phenosalyl hinzugefügt und die Masse in einen Porzellantopf gebracht, wenn sie von ihrer Leichtflüssigkeit zu verlieren beginnt. Die Gelatine soll in Tigeln von mäfsiger Gröfse aufbewahrt werden, so dafs sie ganz verbraucht werden kann, ohne sehr häufig erwärmt und verflüssigt zu werden." — Der Überzug, den diese Gelatine giebt, kann 8—10 Tage auch in den heifsesten Monaten des Jahres haften bleiben, ohne dafs er abschuppt oder sich ablöst. Es empfiehlt sich, den Leimverband wegen der unter demselben sich ansammelnden Hautausscheidungen nach 8 Tagen zu entfernen; am besten geschieht dies, indem man den Patienten ein warmes Seifenbad nehmen läfst. Bei der Applikation der Gelatine soll man nicht eine zu grofse Fläche mit einem Pinselzuge bestreichen. Noch bevor die Austrocknung vollkommen ist, peitscht man die mit der Gelatine überstrichenen Teile mit einem gröfseren Stück hydrophiler Watte. In 10—15 Minuten ist die Austrocknung vollendet. An Teilen, welche Sitz von Pruritus sind, breitet man 2—3 Lagen von Gelatine aus. Unter der Behandlung verschwindet gewöhnlich der Pruritus, die Infiltrationsherde der Haut bessern sich. Da es sich jedoch bei der Gelatine-Behandlung nur um ein Palliativmittel handelt, so wird man mit diesem allein nicht die Krankheit selbst, deren Ursprung häufig in der Konstitution und der neuropathischen Prädisposition des Patienten gelegen ist, heilen können, man wird jedoch schon durch das temporäre Verschwinden des Pruritus den Patienten wesentliche Erleichterung verschaffen. — Verfasser bespricht im folgenden einige pruriginöse Dermatosen, bei denen die medikamentöse Gelatine-Behandlung mit mehr oder weniger nachhaltigem Effekt zur Anwendung kommen kann.

XIX. **Über Condylomatosis pemphigoides maligna (Pemphigus vegetans Neumann)**, von P. Tommasoli-Palermo. Der Verfasser rekapituliert zunächst das Wesentlichste aus seiner im Jahre 1895 im ersten und zweiten Hefte des *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle* publizierten Arbeit „Pemfigo e Pemfigoidi" und weist an der Hand der Litteratur nach, welche Meinungsverschiedenheit unter den namhaftesten Autoren bezüglich der Definition, Nomenklatur des Pemphigus und seiner Varietäten, namentlich des Pemphigus vegetans herrscht. Dafs die Frage bisher so wenig Fortschritte gemacht hat, dafür giebt es zwei Hauptgründe: „Erstens haben wir noch keinen bestimmten Begriff über den Wert, den wir dem Wort Pemphigus beilegen sollen; und zweitens sind unter der Etiquette Pemphigus vegetans Fälle gesammelt und werden hartnäckig immer noch weiter gesammelt und mit einander verwechselt, die unter sich sehr verschieden sind." — Um endlich einmal eine Lösung der Frage herbeizuführen, sollte man vor allem, wie Kaposi dies bereits gethan

hat, den „Pemphigus“ als einen klaren klinischen Begriff, als eine Krankheitseinheit, als Krankheit sui generis und nicht als eine bestimmte elementare Form einer Hauteruption ansehen, zumal wir hierfür das hinreichend prägnante Wort „Blase“ haben. Man sollte vom Pemphigus alle bullösen, vesikulären und vesikulo-pustulösen Dermatosen abtrennen. Sowohl aus der Pempigus acutus-Gruppe, wie auch schon aus der Pemphigus foliaceus-Gruppe könnten zahlreiche Dermatosen ausgeschieden werden. Es blieben dann immer noch eine grofse Zahl von Fällen übrig, „die zweifellos autotoxischen Ursprunges, im höchsten Grade schwer, von bald vorwiegend, bald ausschliefslich bullösem Typus, sowohl der Haut, wie den Schleimhäuten eigen, von bald rapidem, bald langsamem, beinahe immer letalen Verlaufe, und denen wegen ihres typischen Verlaufes alle Dermatologen zwanglos den Namen entweder von Pemphigus vulgaris oder Pemphigus chronicus oder Pemphigus malignus geben. — Was den Pemphigus vegetans betrifft, so hat Verfasser zur Vermeidung von Irrtümern und Verwechselungen für denselben die Bezeichnung „Condylomatosis pemphigoides“ gewählt. Diese Bezeichnung giebt einmal am besten die Eigenschaft der Vegetationen wieder, andererseits erinnert sie mit dem Worte „pemphigoid“ am besten daran, dafs die Affektion morphologisch wie ätiologisch mit dem Pemphigus verwandt, aber nicht mit ihm identisch ist. Zu dieser festen Überzeugung ist Verfasser aus mancherlei Gründen gelangt: 1. können schon die prämonitorischen oder prodromischen Läsionen und die mehr oder weniger lange Inkubationsdauer die Condylomatosis pemphigoides vom Pemphigus unterscheiden; 2. bilden die verschiedenen Regionen der Haut, welche gewöhnlich von den ersten Manifestationen der Condylomatosis pemphigoides befallen werden, ein unterscheidendes Merkmal zwischen dieser Dermatose und dem Pemphigus; 3. kommt der geringe Wert in Betracht, welchen man der bullösen Eruption beilegen kann. Die Elementarläsion „Bläschen“ oder „Blase“ tritt leicht nach den verschiedensten Ursachen (Mückenstichen, Brennesseln, Blasenpflaster, Intoxikationen etc. etc.) auf und kommt gerade bei der Condylomatosis pemphigoides nur sehr spärlich vor, um eine gröfsere Bedeutung zu beanspruchen; 4. gehört das Auftreten von Vegetationen beim echten Pemphigus niemals den ersten Tagen an, wie dies bei der Condylomatosis der Fall ist; 5. ist die Dauer des Verlaufes der Condylomatosis durchschnittlich viel kürzer, die Malignität im ganzen viel ausgesprochener als beim Pemphigus. — Hat man die definitive Trennung der Condylomatosis pemphigoides vom Pemphigus vorgenommen, so wird man sie am besten unter die pemphigoiden Dermatosen einreihen, von denen man zwei grofse Kategorien, die der gutartigen und die der bösartigen unterscheiden kann. Die Condylomatosis pemphigoides wäre neben der Dermatitis polymorpha pemphigoides (Dermatitis herpetiformis Duhring), neben den Impetigo herpetiformis, mit denen sie viele Verwandtschaftsbeziehungen hat, und vielleicht auch neben der „Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique“ von Hallopeau der bösartigen Kategorie zuzuzählen.

XX. **Über die Behandlung tuberkulöser Prozesse mit Pyrogallol**, von Veiel-Cannstatt. Das Verfahren des Verfassers besteht darin, dafs die kranken Gewebepartien durch 10%iges Pyrogallolvaselin, welches 3—5 Tage auf Lint gestrichen aufgelegt wird, zerstört werden. Die Heilung der Wunde wird dann unter ½—2%igem Pyrogallolvaselin erzielt, welches letztere eben noch stark genug ist, um lupöses Gewebe zu zerstören, ohne die Bildung gesunder Granulationen zu hindern. — In dieser Weise wurde behandelt: 1. tiefgehende, bis auf die Sehnenscheiden übergreifende Hauttuberkulose; 2. Lymphdrüsentuberkulose; 3. Knochentuberkulose. — Die Erfolge waren die besten bei der ersten Kategorie der Fälle, von denen im folgenden drei ausführlich beschrieben werden. Von Lymphdrüsentuberkulose wurden 20 Fälle, von Knochentuberkulose 12 Fälle behandelt. Ein definitives Heilresultat wurde bei den

letzteren Kategorien jedoch zumeist nur unter Zuhülfenahme operativer Eingriffe erzielt. Der Urin der Patienten ist während der Pyrogallolbehandlung stets zu kontrollieren.

XXI. **Untersuchungen über die Wirkung des Tuberkulin R. auf lupöses Gewebe**, von Ludwig Waelsch-Prag. Die lokalen Reaktionen traten ca. 4-6 Stunden (häufig noch später) nach der Injektion auf, zeigten verschiedene Ex-, Intensität und Dauer und trugen deutlich den Charakter einer frischen Entzündung der lupösen Herde mit stärkerer Röte, Schwellung, mehr oder weniger deutlicher Exsudation. — Die Rückbildungserscheinungen kennzeichneten sich bei den oberflächlich gelegenen und zerfallenen Lupusherden durch Eintrocknen des Exsudats zu Krusten und Überhäutung unter demselben, bei isolierten lupösen Herden durch allmählich erfolgende Abflachung derselben, die namentlich beim Lupus serpiginosus so weit ging, dafs die ursprünglich über das Niveau der übrigen Haut emporragenden Infiltrate in das Niveau der gesunden Haut sanken. Bei anderen Herden war eine Einsenkung in der Mitte zu erkennen. Zu einer vollständigen Ausheilung des Prozesses ist es niemals gekommen. — Im folgenden werden die Ergebnisse der histologischen Untersuchung mitgeteilt. Den makro- und mikroskopischen Veränderungen nach zu urteilen, kommt dem Tuberkulin R. eine ausschliefslich elektive Wirkung auf lupöses Gewebe in der Weise zu, dafs in der Nachbarschaft des Tuberkels Entzündung entsteht, die durch die Kumulierung der einzelnen Reize bei den verabreichten Injektionen unterhalten wird, zu einer allmählichen Umwandlung des gesetzten Exsudates in Bindegewebe und zu konsekutivem partiellen Ersatz des Tuberkels durch dasselbe führt. — Der Verfasser versucht sodann an der Hand der einschlägigen Litteratur eine Erklärung der Tuberkulinwirkung. Diese setzt sich, soweit sie den Krankheitsprozefs günstig beeinflufst, aus zwei Komponenten zusammen, aus der des injizierten Tuberkulins und der infolge dieser Injektion angeregten stärkeren Toxinbildung, welche sich gegenseitig durch die Summierung dieser Wirkung in der Anregung von Schutzmafsregeln unterstützen. Mit der Zunahme der lokalen entzündlichen Veränderungen jedoch wird einerseits die Zufuhr des Tuberkulins zu den Tuberkeln, andererseits die Abfuhr der mehr produzierten Toxine von den letzteren erschwert. Die Reaktion gegen das Tuberkulin wird stetig schwächer ausfallen und schliefslich ganz aufhören. — Der negative Erfolg der neuen Tuberkulinbehandlung dient als Warnung, zu rasche und hoffnungsvolle Schlüsse aus den experimentellen Ergebnissen vom Versuchstiere auf den Menschen zu ziehen.

XXII. **Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Protargol**, von E. Welander-Stockholm. Verfasser hat das Protargol sowohl gegen Blennorrhoe anterior wie posterior angewandt.

I. Blennorrhoea anterior: a) Die Behandlung ist 2—3 Tage nach der Infektion begonnen worden. Von 12 abortiv behandelten Blennorrhoen sind 6 sicher ganz günstig verlaufen, bei mehreren der übrigen wurde die Protargolbehandlung nicht lange genug fortgesetzt; in einigen Fällen sind die Gonokokken schon wenige Stunden nach den ersten Einspritzungen von Protargol verschwunden. Bei der Abortivbehandlung ist stets eine starke, wenigstens 3%ige Protargollösung anzuwenden. Am besten macht sie der Arzt selbst, und zwar anfangs zweimal täglich; die Lösung bleibt ungefähr 10 Minuten lang in der Harnröhre; wenn sich 3—4 Tage lang keine Gonokokken gezeigt haben, so genügt es, 3—4 Tage noch eine Einspritzung täglich zu machen; der Patient kann während dieser Zeit selbst Einspritzungen von einer schwächeren, beispielsweise 1%igen Lösung machen. Sind während 7—8 Tage keine Gonokokken gefunden worden, so hört man mit dem Protargol auf und wendet zur Beseitigung des Ausflusses eine schwach adstringierende Lösung an. — b) Die

Behandlung wurde 4—7 Tage, beziehungsweise 14 Tage und länger nach der Infektion begonnen. Von 23 Fällen war das Resultat günstig, in der Mehrzahl sogar sehr günstig. Von Bedeutung ist es, dafs nur in 2 Fällen eine Urethritis posterior aufgetreten ist. Nimmt man noch die ersten abortiv behandelten Fälle hinzu, so hat sich von 35 nur in 3 Fällen (= 8,57%) eine Urethritis posterior eingestellt. — Das Protargol ist deshalb bei der Blennorrhoea anterior als antiblennorrhoisches Mittel besonders wertvoll.

II. Blennorrhoea posterior. Auch hier scheint das Protargol dem übermangansauren Kalium überlegen zu sein. Es kam in Ausspülungen à la Janet zur Anwendung, und zwar wurden täglich 200 g einer ½%igen Protargollösung eingespritzt. — In einigen Fällen sind die Gonokokken nach einer oder ein paar Einspritzungen verschwunden, um wiederzukommen, sobald man mit der Behandlung aufhörte. In anderen Fällen ist es trotz lange fortgesetzter Behandlung nicht geglückt, die Gonokokken dauernd zum Schwinden zu bringen.

Da sich das Protargol bei abortiver Behandlung als ein kräftiges, antiblennorrhoisches Mittel erwiesen hat, so ist Verfasser der Frage näher getreten, ob es nicht die Gonokokken noch sicherer töten könnte, wenn es schon einige Stunden nach einem verdächtigen Coitus, noch ehe die Gonokokken sich in der Schleimhaut einzuwurzeln vermocht, eingespritzt würde, und ob es nicht unter diesen Verhältnissen ein wirkliches Präservativ gegen die Blennorrhoe wenigstens bei Männern werden könnte. Verfasser hat daraufhin Inokulationsversuche mit stark gonokokkenhaltigem Eiter an der Urethra einer gesunden Person angestellt. Es wurde ein Tropfen des Eiters in den vordersten Teil der Urethra gebracht und hier an den Wänden möglichst ausgebreitet. Nach kürzerer oder längerer Zeit mufste die Person urinieren, und unmittelbar darauf wurde eine Einspritzung von 5—6 g einer 4%igen Protargollösung gemacht, die 5—10 Minuten im vorderen Teil der Harnröhre zurückgehalten wurde. — Verfasser hält sich auf Grund der Ergebnisse dieser Versuche zu dem Schlusse berechtigt, „dafs die Gonokokken, welche bei einem suspekten Coitus möglicherweise in die Urethra gelangt sind, so gut wie sicher getötet werden, wenn man eine oder ein paar Stunden nach dem Coitus einige Gramm einer 4%igen Protargollösung unmittelbar nach Lassen des Wassers in die Urethra einspritzt und in ihr 6—10 Minuten zurückhält, daher eine solche Einspritzung als ein sicheres Präventivmittel gegen die Blennorrhoe bei Männern betrachtet werden kann.“ — Allerdings kann eine solche Injektion von Protargol einen schleimig-eitrigen Ausfluss hervorrufen, der jedoch nicht mit Blennorrhoe verwechselt werden und zu weiteren Einspritzungen mit Protargol oder anderen Antiblennorrhoicis Veranlassung geben darf.

XXIII. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa neonatorum** (Ritter), von Rudolf Winternitz-Prag. Nach einem kurzen Überblick auf die einschlägige Litteratur beschreibt Verfasser drei Fälle von Dermatitis exfoliativa neonatorum, von denen der dritte letal verlief und im pathologisch-anatomischen Institut des Herrn Prof. Chiari seciert wurde. Von den drei Fällen wurde im zweiten Falle das Blut bakteriologisch, im zweiten und dritten Falle die erkrankte Haut histologisch untersucht. — Die Ergebnisse seiner Mitteilungen resümiert Verfasser folgendermafsen: „In einem Falle von Dermatitis exfoliativa neonatorum, der mit Fieber verlief, wurden in zwei verschiedenen Zeitpunkten Staphylokokken (albus et aureus) wahrscheinlich aus dem Blute gezüchtet; bei Abheilung des Prozesses war das Züchtungsergebnis negativ. Die histologische Untersuchung bestätigte den Befund von Bosck bezüglich der Gefäfserweiterung (und Blutüberfüllung) im Corium und ergab weiter starkes Ödem im Corium mit den Folgeerscheinungen, als Dilatation der Lymphgefäfse, schlechte Färbbarkeit der elastischen Fäserchen, endlich Abblätterung und Ablösung der Epi-

dermis und zwar zumeist der oberflächlichsten Lagen, in geringerem Maſse auch der Epidermis im ganzen." — Verfasser möchte also „die bezüglich der Dermatitis exfoliativa neonatorum geäuſserten Anschauungen von der gesteigerten physiologischen Exfoliation der Epidermis der Säuglinge (Kaposi) und einer Ernährungsstörung der obersten nicht gefäſshaltigen Schichten (Caspary) dahin ändern und erweitern, daſs er diese Steigerung für pathologisch ansieht und den Angriffspunkt der Schädigung in die gefäſshaltigen Schichten verlegt."

XXIV. **Über den Einfluſs von Jod auf den Gehirndruck,** von Maximilian v. Zeissl-Wien. Frühere, im Laboratorium des Herrn Prof. v. Basch angestellte und an anderer Stelle publizierte Versuche des Verfassers haben ergeben, daſs ein starkes Lungenödem entsteht, wenn man eine Jodnatriumlösung durch die Vena jugularis so einspritzt, daſs dieselbe vom rechten Herzen aus direkt in die Lungengefäſse gelangt. Bei der Bildung des Lungenödems handelt es sich nicht nur um Veränderungen am Herzen, sondern auch um solche in den Blutgefäſsen der Lunge, hervorgerufen durch das Jod. In der vorliegenden Arbeit hat Verfasser an Tieren den Einfluſs des Jodjodnatriums auf das Gehirn untersucht. Als Injektionsflüssigkeit diente eine Mischung von Jodi puri 4,00, Natrii jodat. 4,20, Aq. font. destill. 200,0. Das Ergebnis der Versuche war, daſs bei der Injektion des Jodpräparates der Gehirndruck im Verhältnisse zum gesteigerten Blutdruck sehr ansteigt, woraus man den Schluſs ziehen kann, daſs auſser der vermehrten Blutfülle des Gehirns noch eine zweite Bedingung hinzutritt, welche eine Volumvermehrung des Schädelinhaltes hervorruft. Nach den Ergebnissen der Untersuchungen an der Lunge liegt es nahe, auch für das Gehirn Transsudation von Flüssigkeiten aus den Gefäſsen in das Gehirn anzunehmen, zumal andere Versuche gezeigt haben, daſs die Gehirndrucksteigerung ausbleibt oder sehr gering ist, wenn vor der Einspritzung des Jodnatriums der Rückenmarkskanal durch Einschneiden der Membrana obturatoria eröffnet wurde.

XXV. **Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis,** von G. Zuelzer-Zürich. Die neuesten Untersuchungen von Blum und Vaubel über Halogeneiweiſsderivate haben ergeben, daſs Jod (ebenso die übrigen Halogene) bei der Einwirkung auf Eiweiſs neben viel Jodwasserstoff eine feste, substituierte Verbindung entstehen läſst, daſs diese Art von Jodeinwirkung nach Jodkaliumdarreichung regelmäſsig in der Schilddrüse nachweisbar ist, indem hier unter dem Einflusse der Medikation eine Aufstapelung von einem mit Jod fest substituierten Eiweiſskörper (Schilddrüsenjodeiweiſs) stattfindet. — Angeregt durch diese Untersuchungen hat Verfasser sich mit der Frage beschäftigt, ob sich im übrigen tierischen Organismus nach Eingabe von Jodkalium nicht etwa analog fest gebundenes organisches Jod nachweisen läſst. Für seine Untersuchungen bediente er sich des Jodalbacids und verglich diese Jodeiweiſsverbindung mit Jodkalium auſserhalb und innerhalb des Organismus. Im Gegensatz zum Jodkalium ist Jodalbacid schwerer oxydierbar, langsamer resorbierbar und tritt gleichsam nur in refracta dosi in Aktion. Bei Verabreichung gleicher Jodmengen im Jodkalium und Jodalbacid ist die Jodausscheidung bei ersterem in 3—4 Tagen, bei letsterem in 4—5 Tagen beendet. Das Jodkalium passiert leicht die Nieren und kann, ohne überhaupt in Aktion getreten zu sein, den Körper verlassen, während das Jodalbacid nierendicht ist. Normalerweise verharrt das Jodalbacid im Körper in einer für diesen unschädlichen Verbindung, bis es sich zersetzt. In zahlreichen Fällen von Syphilis und Psoriasis, die mit Jodalbacid behandelt wurden, sind niemals die leichteren oder schwereren Erscheinungen des Jodismus, wie beim Jodkalium aufgetreten. Reizungen des Verdauungstraktus und Störungen des Allgemeinbefindens kommen beim Jodalbacid nicht vor. Dabei war der therapeutische Erfolg ein guter. Langsame, aber protahierte Wirkung, vollkommene Ausnutzung der dargereichten Dosis

und absolute Unschädlichkeit sind die Faktoren, welche bei der Wertschätzung des Jodalbacids berücksichtigt werden müssen. Wo es auf eine rasche Einwirkung auf tertiäre, floride Erscheinungen der Syphilis ankommt, wird man nach wie vor zuerst das Jodkalium anwenden; nur wo dieses wegen seiner Nebenwirkungen nicht vertragen wird, ferner bei Jodnachkuren im tertiären Stadium und bei Jodzwischenkuren in den späteren Syphilisjahren, ebenso bei maligner Lues wird das Jodalbacid gut am Platze sein. Verfasser möchte, auf dem Boden der chronisch intermittierenden Quecksilberbehandlung stehend, folgendes Schema der Jodalbacidanwendung bei der Syphilisbehandlung vorschlagen: 1. Im Anschluſs an jede während der ersten 3—4 Jahre nach der Infektion zu machende Quecksilberkur 3 Wochen lang täglich 3—4 g Jodalbacid. 2. Beim Auftreten von leichten sekundären Erscheinungen in der Zwischenzeit Jodalbacid (3—4 und mehr Gramm täglich) bis zum Verschwinden derselben. 3. Bei tertiären Erscheinungen bis zur Besserung event. bis zum Verschwinden derselben Jodkalium, dann 6 Wochen lang Jodalbacid 3—4 mal täglich.

XXVI. **Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis und was haben wir von ihr zu erhoffen?** Eine kritische Übersicht und Materialiensammlung von A. Neisser-Breslau. Der Verfasser will mit der vorliegenden Arbeit für alle kommenden Mitarbeiter die mit dem Studium der Serumtherapie bei Syphilis zusammenhängenden Thatsachen und Hypothesen zusammenfassen und kritisch beleuchten. Zuerst erörtert er die Frage: „Auf welche Thatsachen und Erwägungen stützt sich der Gedanke einer Serumtherapie bei Syphilis und welche Beweiskraft wohnt denselben inne? Die Lehrbücher sagen, das einmal an Syphilis erkrankte Individuum erwirbt mit höchst seltenen Ausnahmen Immunität gegen eine Reinfektion. Ist diese Lehre der erworbenen Immunität rückhaltlos zu acceptieren? Sehr viele hervorragende Syphilidologen acceptieren sie voll und ganz und glauben überhaupt nicht an Reinfektionen. Verfasser leugnet zwar nicht, daſs eine Reihe von sogenannten Reinfektionen vielleicht auf Fehl-Diagnosen zurückgeführt werden könne, neigt aber andererseits zu der Annahme, daſs es Fälle giebt, die man nur als Reinfektion deuten kann, selbst wenn der typische Ablauf der Allgemein-Syphilis den Reinfektions-Sklerosen nicht nachfolgt. Selbstverständlich sind es nur solche Fälle, bei denen die erste Syphilis mit Sicherheit festgestellt war. Während man solche Reinfektionen ohne Allgemeinerscheinungen als einen milderen abgeschwächten Verlauf der Krankheit bei einem schon durchseuchten Individuum erklären könnte, wollen andere hervorragende Autoren, unter ihnen Hutchinson, Mračeк, Taylor etc. gerade häufig schwere maligne Syphilis bei Reinfektionen beobachtet haben. Man kann bezüglich der Immunität und der Reinfektion drei Möglichkeiten annehmen: 1. Bis ans Lebensende vorhaltende, lokale und allgemeine Immunität. 2. Die Immunität geht soweit verloren, daſs es bei einer neuen Infektion wohl zur Bildung eines Primäraffektes, aber ohne Folgeerscheinungen kommen kann. 3. Die Immunität ist nicht nur verloren gegangen, sondern es ist ein so geschwächtes „umgestimmtes“ Gewebe zurückgeblieben, daſs es, wie Hutchinson behauptet, einer erneuten Infektion einen viel geringeren Widerstand entgegensetzen kann. — Bei alledem läſst sich die Thatsache nicht wegleugnen, daſs die Zahl der Reinfektionen gegenüber den ersten Infektionen eine verschwindend kleine ist, was als Beweis für die Annahme gelten kann, daſs die Syphilis thatsächlich eine Immunität produziert. Genauer Kritik hält allerdings auch dieses Argument nicht stand, weil man beim Vergleich der Häufigkeit der Infektionen mit der der Reinfektionen genau die Umstände (Alter, Geschlecht, verheiratet oder ledig) berücksichtigen muſs, unter welchen Infektionen einerseits und Reinfektionen andererseits überhaupt zu stande kommen können. Dies ist bisher in den statistischen Angaben nicht geschehen, weshalb die

ganze Frage der Reinfektion einer erneuten Revision zu unterziehen ist. — 1. Es muſs noch einmal eine Zusammenstellung aller bekannten Reinfektionsfälle gemacht werden, um festzustellen, ob der Verlauf der zweiten Infektion im groſsen Ganzen milder oder schwerer war als bei der ersten Infektion. 2. Es wird notwendig sein, eine Prüfung vorzunehmen, ob nach der namentlich von HUTCHINSON vertretenen Lehre auch die ohne sekundäre Erscheinungen einhergehenden „Indurationen" als Reinfektionen aufzufassen sind. Besonders wird festzustellen sein, ob sie schon bei einer Jodbehandlung oder erst bei einer Hg-Kur verschwinden. 3. Es wird statistisch festzustellen sein, wie sich die als Reinfektion aufzufassenden Fälle in ihrer Zahl verhalten zu den primären Infektionen in den verschiedenen Lebensaltern und mit Berücksichtigung der Verheiratung und der sozialen Stellung der Infizierten. 4. Besondere Beachtung verdient das Verhältnis der Geschlechter unter den Reinfektionen. Auffallend ist, daſs bei Prostituierten gar keine Reinfektionen beobachtet worden sind. 5. Eine weitere Aufgabe wäre eine genaue Feststellung, welche Vorbehandlung, speziell mit Quecksilber, in allen Reinfektionsfällen vorgenommen war. Man würde daraus vielleicht den Schluſs ziehen können auf den Wert der Quecksilberbehandlung für den Gesamtverlauf der Erkrankung. 6. Von geringerer Bedeutung, aber interessant wäre die Zusammenstellung und Vergleichung der Lokalisation der Primäraffekte bei der ersten und zweiten Infektion; vielleicht mit besonderer Berücksichtigung der extragenitalen Fälle. — Der Verfasser resümiert seine Ansicht über Immunität: „Das Dogma von der gleichsam regelmäſsig erreichten Immunität durch eine einmalige Syphiliserkrankung ist nicht ohne weiteres auf Treu und Glauben hinzunehmen, sondern bedarf erneuter Prüfung." — Als zweite Stütze für die Serumtherapie wird die Lehre herangezogen, daſs die Syphilis in ihrem Gesamtverlauf während der vier Jahrhunderte ihres Bekanntseins in Europa ungemein an Bösartigkeit verloren habe und diese Abschwächung auf die Durchseuchung der Bevölkerung mit der Krankheit zurückzuführen sei. — Diese Lehre entbehrt, wie der Verfasser nachweist, vielfach der thatsächlichen Unterlage. Dies gilt besonders von solchen Ländern und Völkern mit starker Syphilisverbreitung, in denen, wie in China, Rufsland, Bosnien, Dalmatien, oft genug gar keine Behandlung stattfindet, die Krankheit also gleichsam „natürlich" verläuft. Hier ist von einem Milderwerden der Syphilis nichts zu beobachten. Wenn dies der Fall wäre, so müſste der Beweis zu erbringen sein, daſs Kinder früher syphilitischer, inzwischen geheilter, immunisierter Eltern widerstandsfähiger gegen die Syphilis seien als Menschen, deren Eltern frei von Syphilisdurchseuchung waren. Wir wissen indessen bis heute nichts von wirklich ererbter, klinisch beobachteter, dauernder Immunität gegen Syphilis, erzeugt durch Syphilis und Immunität der Eltern. Auch die unter dem Namen des COLLESschen Gesetzes und des PROFETAschen Gesetzes gemachten Erfahrungen ergeben keine sicheren, unantastbaren, eindeutigen Beweise für die Lehre einer durch chemische Schutzstoffe zu stande kommenden Immunisierung. Höchstwahrscheinlich jedoch kommt es zu einem als „passive" vorübergehende Immunität zu bezeichnenden Zustand, sei es der Mutter, sei es des Kindes. — Thatsachen, welche die Vererbung echter Immunität beweisen, giebt es nicht, wenngleich die Möglichkeit nicht bestritten werden soll, daſs eine Durchseuchung durch Generationen schlieſslich eine Abschwächung der Virulenz des Syphilisgiftes herbeiführen kann. — Es fragt sich aber, ob nicht die Analogie mit anderen Bakterienkrankheiten und die hier gemachten Erfahrungen mit der Serumtherapie (Diphtherie, Variola, Tetanus etc.) die serotherapeutischen Versuche bei der Syphilis rechtfertigen können. Eine Analogie mit der Variola beziehungsweise Vaccine findet man in der Thatsache, daſs auch bei der letzteren, ebenso wie bei der Syphilis,

hereditär per placentam eine Immunisierung möglich ist, und daſs es bisher nicht gelungen ist, eine Vaccine-Immunität durch Blutserum zu erzielen. Die Beziehungen der Immunität einerseits und der Anwesenheit von Schutzkörpern im Serum andererseits sind bei der Vaccine und Variola, welche am meisten zu serotherapeutischen Versuchen bei der Syphilis angeregt haben, leider bis jetzt nicht genügend klargestellt. Wir wissen vor allem nicht, ob die Immunisierung durch Übertragung fertiger Schutzstoffe oder als Erfolg einer, wenn auch atypisch verlaufenden, toxisch hervorgerufenen Erkrankung zu stande kommt. Bei der Syphilis weiſs man noch gar nicht, ob überhaupt irgend welche Antikörper sich im Serum befinden. — Der Verfasser stellt im folgenden die Litteratur über die therapeutischen Versuche zusammen, teilt dann seine eigenen Versuche, im ganzen 28, mit. Das Resultat war ein absolut negatives. So unbefriedigend alle bisherigen Versuche der Serumtherapie bei Syphilis ausgefallen sind, so hofft Verfasser dennoch, daſs „Heilung der Syphilis und Schutzimpfung gegen Syphilis durch spezifische, den Syphilis-Mikroorganismen selbst entstammende Stoffwechselprodukte kommen wird und sicher kommen muſs.“ *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Die Behandlung eiternder Fistelgänge, von Emanuel Senn-Chicago. (*New York med. Journ.* 25. Dez. 1897.) In der Behandlung derjenigen Fisteln, bei denen ein eigentlicher Herd mikrobiellen Lebens wie Sequester oder Nähtäden u. s. w. nicht existiert, und die durch die bloſse Anwesenheit von Eitererregern oder zu ausgedehnten Gebrauch von Antisepticis gebildet werden, schlägt Senn folgenden Weg der Therapie vor: Da die Zerstörung der Mikroorganismen selbst fast unmöglich ist, muſs man ihnen den Boden entziehen und zwar durch Ausschaben des Fistelganges mit der Curette, ohne Rücksicht auf die Blutung; das entfernt nicht nur die tiefsitzenden Bakterien, sondern hauptsächlich die Granulationen und deren Zerfallsprodukte. Darauf Irrigationen mit nicht toxischen Agentien (Borsäure, Salicylsäure, essigsaure Thonerde) zur weiteren mechanischen Reinigung der Fistel. Ein ferneres Wachstum restierender Mikroorganismen verhindert am besten trockene Behandlung der Fistelgänge mit ungiftigen Pulvern wie Borsäure oder besonders einer Mischung von Jodoform (1) und Borsäure (5). Jodoform, obwohl kein direktes Antisepticum, scheint mit den Bakterientoxinen Verbindungen antiseptischer Natur einzugehen. Anwendung von Drainröhren ist überflüssig, da die Eiterungen nicht copiös sind. Besteht nach dem ersten Verbandwechsel noch Ausfluſs, so ist die Ausschabung zu wiederholen. In hartnäckigen Fällen mit schlaffen Granulationen Einführen von mit Perubalsam gesättigter Gaze in den Fistelgang. *Hopf-Dresden.*

Hauttransplantationen nach Thiersch, von A. B. Mitchell. (*Brit. med. Journ.* 25. Dezember 1897.) Der Verfasser berichtet über drei Fälle und beschreibt die Technik der Operation. Er zieht diese Methode den älteren vor. Die Resultate derselben, namentlich in einem Falle von Nasenlupus waren sehr zufriedenstellende. *C. Berliner-Aachen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

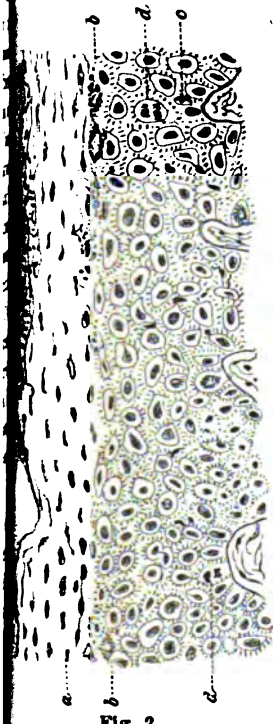


Fig. 2.

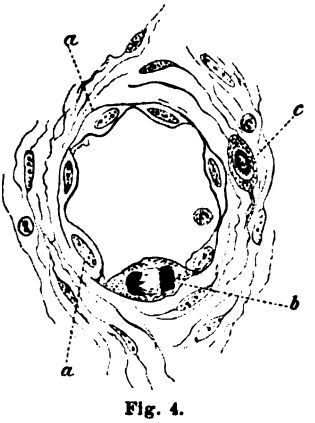


Fig. 4.

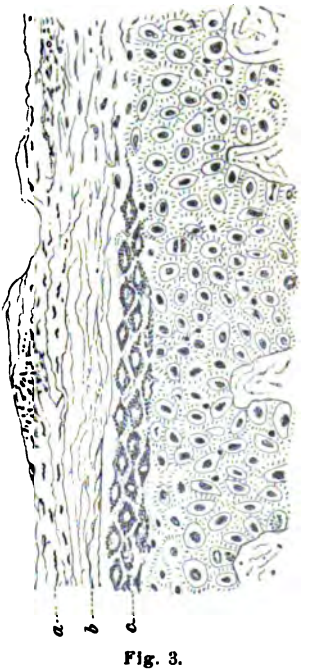


Fig. 3.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 7. 1. Oktober 1898.

Ein Fall von ekzematöser circumscripter Dermatitis mit Berücksichtigung der dabei beobachteten Pilzelemente.

Von

Dr. Klamann-Luckenwalde.

(Mit Tafel IV.)

I. Ein Wollweber H. bemerkte Ende November 1895 zuerst am linken Unterarm auftretende, dann sich allmählich über den ganzen Körper weiterverbreitende, juckende, rote, erhabene Knötchen, aus welchen sich Wasserbläschen entwickelten. Dieselben trockneten ein und um sie herum entstand ein entzündlich geröteter, mit Randknötchen versehener Hof, in dessen Mitte die Haut sich mit Schüppchen bedeckte. Die Schüppchen waren matt glänzend und bräunlich gefärbt. An den Extremitäten waren die Beugeseiten mehr wie die Rückseite befallen. Besonders stark war der Rücken in seinem unteren Teile besetzt, wie es die Photographie zeigt, weniger die Oberschenkel und der Hals. Das Gesicht war ganz frei, nur an den Ohrmuscheln und auf dem Haarboden fanden sich vereinzelt einige nässende Herde. Das Wachstum der Haare war normal, kein Ausfall derselben. Die erkrankten Hautteile waren mit Lanugohärchen auch im Centrum der entzündeten Höfe bedeckt.

Die Hautaffektion dieses Mannes machte den Eindruck einer ekzemartigen, da Knötchen- und Bläschenbildung vorhanden war. Wegen der glänzenden Schuppen konnte man zuerst an Psoriasis denken.

Die Heilung der erkrankten Hautteile erfolgte durch Abstofsung dünner, metallisch glänzender Schuppen unter Zurücklassung eines bräunlichen Pigmentfleckes. Einen seborrhoischen Charakter hatte die Affektion nicht, auch durchlief sie die drei Ekzemstadien (Eccema papulosum, vesiculosum, squamosum).

Die eigentümliche Ringform des Ausschlages erregte die Vermutung, dafs eine parasitäre Ursache hier zu Grunde liegen möchte. Ich unterwarf daher einen grofsen Teil der Schuppen, besonders aber der jungen Flecke, einer genauen mikroskopischen Untersuchung.

Die Schuppen wurden mit Alkohol und Äther entfettet, dann in mit Essig angesäuerter, dünner, glycerinierter Methylenblaulösung 24 Stunden gefärbt und feucht, nicht im Trockenpräparat, untersucht. Die Epidermiszellen färbten sich bei dieser Methode nur sehr wenig, so dafs die Pilzelemente sehr deutlich hervortraten. Diese färbten sich auch gut durch die Gramsche Methode.

Am besten eigneten sich die Schuppen der jüngsten Flecke, die mit den Sporen eines Sprofspilzes dicht besetzt waren.

Die Sporen lagen traubenförmig oder einzeln zwischen den Zellen und liefsen sich durch Bewegungen mit dem Deckgläschen frei machen. Sie zeigten sich meistens in ovaler Form, mit einem von hellerem Rande umgebenen gekörnten Centrum (*Fig. 1, a—c; b* grofse Spore, 2,9 μ im Durchmesser). Diese Sporen hatten die gröfste Ähnlichkeit mit denjenigen, welche man in den Schuppen der Kopfhaut findet. Sie gehören wahrscheinlich derselben Species an. In einzelnen Schüppchen waren fadenförmige Elemente sichtbar, wie sie die Abbildungen (*Fig. 2, a—g*) darstellen. Die Endglieder laufen spitz zu; in der Mitte des Fädchens finden sich ovaläre Zellenformen. Die in den Zellen dicht zusammengelagerten Konidienhaufen hatten einen Durchmesser von 5,4—7,2 μ. Einzelne kleinere Sporen mafsen 0,7 μ, die gröfseren dagegen bis 2,9 μ. Diese lagen meistens vereinzelt und färbten sich nach Gram different, indem der Rand blaugrau wurde, der körnige, dunklere Zelleninhalt violett. In einzelnen Konidienhaufen (*Fig. 3*) zählte ich 30 Sporen.

Hier und da zerstreut in den Epidermiszellen fanden sich Formen, die ich Hüllenkonidien nennen möchte, da sie mit einer färbbaren Hülle umgeben waren und aus 2—4 zusammengelagerten Sporen bestanden (*Fig. 4 a, b und c*). Abbildung 5 zeigt Sporen, an welchen man deutlich die erste Anlage der Sprossung sieht. Abbildung 6 zeigt die schon weiter fortgeschrittene Sprossung (Doppelsprossung 6 a).

Die Breite des Mycelium schwankt zwischen 1—2,9 μ. Die Hüllenkonidien (*Fig. 4*) hatten eine Länge von 5,4 μ und eine Breite von 1,8 μ. Bei manchen Sporen konnte ich, ungefärbt nur in Glycerin untersucht, eine deutliche gelbliche Färbung, wie bei den Blutkörperchen, wahrnehmen. In Bezug auf die Fruktifikation sind die Abbildungen 2 a, b und c, 5 und 6 zu vergleichen. Wahrscheinlich ist der Pilz eine Oidiumform, welche zu Fäden auswächst, wie bei Mikrosporon furfur, Favus und Trichophyton.

Das Auswachsen zu Fäden findet aber bei diesem in Rede stehenden Pilz nur unter besonders günstigen Bodenverhältnissen statt. Einzelne Fäden schienen in Degeneration begriffen zu (*Fig. 7*), sie schrumpfen und die Sporenbildung hört auf. Durch die eingeleitete Teerbehandlung und Bäder schwanden die Pilzelemente ganz aus den Schuppen, worauf dann die Heilung erfolgte.

Als zufälligen Befund habe ich noch anzugeben, dafs in den Hautschuppen vereinzelt Spuren von Ustilago aufgefunden wurden, die wohl durch die Beschäftigung mit der Wolle sich auf der Haut angesiedelt hatten.

Vergleicht man nun die uns bekannten, bei pflanzlichen Dermatomykosen vorkommenden Pilzformen, so findet man, dafs dieser in Rede stehende Ekzempilz am meisten Ähnlichkeit mit dem Mikrosporon furfur hat, wie er bei der Pityriasis versicolor beobachtet wird, und dann auch Ähnlichkeit mit dem Mikrosporon minutissimum, dem Erythrasmaparasiten.

Den Favus können wir wegen seiner viel gröfseren Formen und seiner eigenartigen gelben Schuppenbildung ausschliefsen. Einige Ähnlichkeiten sind auch mit dieser Species vorhanden, wie wir in Fig. 2c und g sehen, ich meine die Hyphenbildung mit keuligem Ende. Mit Trichophyton ist er nicht identisch, weil dieser Pilz mehr ein Fadenwachstum zeigt und Haarausfall bewirkt, was bei dem in Rede stehenden Pilz doch nicht der Fall ist. Er hat aber die Kreis- und Hofbildung mit diesem gemeinsam. Die Fäden der Trichophytie sind auch etwas anders gestaltet, viel breiter, bis 3,6 μ messend, während die Sporen bis 5,4 μ im Durchmesser haben.

Mit dem Erythrasmapilz ist die Ähnlichkeit sehr grofs, aber die Fäden dieses Pilzes sind viel zierlicher. Sie haben einen Breitendurchmesser bis zu 0,7 μ und die Sporen bis 1,4 μ. Die Endsporen an den kurzen, keulenartigen Endfädchen messen 0,5 μ, auch ist die Art der Sprossenbildung eine andere.

Bei Erythrasma findet man massenhaft sehr feine Fädchen mit Endsporen, wie man sie im Sputum Tuberkulöser antrifft. Die Sporenfädchen bei Tuberkulose sind feiner wie bei dem Erythrasmapilz.

Solche Keulenfäden habe ich in unserem Ekzemfalle nicht bemerken können.

Bei Mikrosporon minutissimum fehlt die Verzweigung der Fäden, was Weyl besonders hervorhebt; bei unserem Ekzempilz ist sie deutlich vorhanden. Die von den Konidien gebildeten Haufen sind bei dem Ekzempilz auch gröfser.

Möglich ist nun, dafs auf der Haut des Kranken sich Sporen von Mikrosporon furfur und anderen zwischen den Ekzemsporen eingelagert haben können. Ganz eigenartig sind die sog. Hüllenkonidien, die ich bei Pityriasis versicolor nicht auffinden konnte.

Es bliebe nun noch die Möglichkeit übrig, dafs wir es mit spezifischen Pilzelementen zu thun haben, die noch nicht genügend bekannt sind. Dafür spricht noch folgende Beobachtung, die ich an mir selbst gemacht habe.

II. Im Sommer 1890 bemerkte ich auf der Haut über dem Brustbein mehrere linsengrofse bräunliche Flecke, welche starkes Jucken hervor-

riefen. Gleichzeitig zeigte sich eine nässende, unangenehm juckende Papel auf der Haut des linken Augenbrauenbogens mit nachfolgender Schuppenbildung, wobei die Affektion sich mehr unter Knötchenbildung ausbreitete. In den Schuppen fand ich Sporen. Diese haben die gröfste Ähnlichkeit mit denjenigen, wie ich sie bei dem hautkranken Weber fand. Wir sehen Konidienhaufen, einzelne Mycelfragmente, Hüllenkonidien und in der Sprossung begriffene Sporen. Auch in den Schüppchen, welche von den erkrankten Hautpartien der Brust entnommen waren, fand ich diese Sporen. Die Gröfsenverhältnisse sind genau dieselben wie bei dem oben beschriebenen Ekzempilz.

Der Prozefs am Augenbogen war sehr hartnäckig und heilte erst trotz mehrfacher Ätzungen nach mehreren Wochen ab, um zeitweise immer wiederzukehren, wobei sich neue juckende Knötchen bilden.

Der Juckreiz, welcher durch das Erythrasma bewirkt wird, ist nicht so unangenehm, wie durch diese Pilzaffektion. Da ich selbst mit Erythrasma an den Schenkeln behaftet bin, kann ich dieses beurteilen. Ich halte die Erkrankung bei mir und dem Weber für völlig identisch und auf Einnistung eines und desselben Parasiten beruhend. Alles, was in den Handbüchern über die bekannten Pilzformen bei Hautkrankheiten (Achorion, Trichophyton, Mikrosporon furfur und minutissimum, Sykosis u.s.w.) gesagt ist, stimmt nicht genau mit dem überein, was ich bei diesem Ekzempilz gesehen habe.

In den Abhandlungen über Ekzem findet man manchmal die Vermutung ausgesprochen, dafs diese Erkrankung auch durch einen Parasiten verursacht sein könne. Sehr wahrscheinlich wird das Bild des typischen Ekzems erst durch den permanenten Hautreiz hervorgerufen.

Es ist nun möglich, dafs dieser Pilz auch identisch ist mit demjenigen, welcher auf der Kopfhaut und auf dem Cilienrand der Augenlider wuchert. Untersucht man die Schüppchen, welche bei chronischem Lidekzem abgestofsen werden, so findet man in denselben Sporen, welche wiederum denjenigen, die auf der Kopfhaut vegetieren, sehr ähnlich sind. Am Lidrand liegen die meisten Sporen in der Nähe der Cilienwurzeln. Man sieht sehr schön ausgebildete Träubchen, wie bei Pityriasis, 10—29,5 μ grofs, mit einem deutlichen Stiel, Fruchthyphen.

Andere Träubchen liegen zerstreut mit etwas länglichen Sporen in den Epidermiszellen. Es scheinen also auch beim Lidekzem die Sprofspilze eine Rolle zu spielen und könnte man sie wohl mit gutem Recht als die Unterhalter der chronischen Hauterkrankung bezeichnen.

Die Zeichnungen sind nach den mikroskopischen Präparaten angefertigt, teils mit, teils ohne Prisma. Benutzt wurde Instrument D von Renèche, Ölimmers. $^1/_{12}$.

Lupus erythematodes und dessen Zugängigkeit für die Therapie.

Vorgetragen in der American Dermatological Association
den 1. Juni 1898.

Von

James C. White, M. D., Boston U. S. A.,
Professor der Dermatologie an der Harvard University.

Jedesmal, wenn ich in meiner Klinik den Studenten einen Fall von Lupus erythematodes vorstelle, pflege ich ihnen dabei zu sagen: „Meine Herren, ich zeige Ihnen hier einen Fall von einer Krankheit, welche zwar nicht jede Möglichkeit der Genesung ausschliefst, die aber von allen Hautkrankheiten der Behandlung am hartnäckigsten widersteht.“ Ich habe mich in dieser Weise bereits bei Beginn meiner Lehrthätigkeit, obwohl vielleicht in nicht ganz so bestimmten Worten, ausgedrückt, und jetzt, nachdem ich vierzig Jahre lang derartige Fälle beobachtet und experimentierend bearbeitet sowie auch die Erfahrungen meiner Kollegen aus allen Weltteilen mit angemessener Bedachtsamkeit studiert habe, ist meine Ansicht von der fast totalen Aussichtslosigkeit einer Behandlung dieses Leidens genau dieselbe geblieben; und es ist hieran nichts zu ändern gewesen trotz der schier endlosen Reihe von Heilmitteln, welche gegen das Leiden in Anwendung gebracht worden sind und welche, wenigstens der Meinung der betreffenden Entdecker nach, Wirksamkeit besitzen sollen. Wenn man die in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts veröffentlichten Lehrbücher der Dermatologie durchgeht, findet man in allen, von den frühesten bis zu den spätesten, eine Wiederholung der gleichen paradigmatischen Behandlungsmethoden nebst einem stetigen Zuwachs an neuen Vorschlägen. Wendet man sich sodann zu den zahlreichen Monographien, welche von namhaften Dermatologen in allen Ländern innerhalb der letzten zehn Jahre veröffentlicht worden sind, so staunt man über die enorme Zahl von neuen Mitteln, denen eine überraschende Wirksamkeit dem Leiden gegenüber nachgerühmt wird. Bei der Lektüre der meisten dieser Berichte empfängt man den Eindruck, als ob es keine andere Krankheit gäbe, welche in Bezug auf vorzügliche Behandlungsmittel so günstig gestellt wäre, und dafs man nur in diese grofse Überfülle hineinzugreifen brauchte, um zum erwünschten Ziele zu gelangen. Fehlt uns aber der himmelstrebende Enthusiasmus des Forschers auf dem ewig neuen Felde der therapeutischen Erfindung, wo die sinnige Kunst der modernen synthetischen Chemie ihre Prüfung zu bestehen hat, dann tritt jener ent-

mutigende Erfahrungssatz in sein Recht, dafs neue Medikamente ihre gröfste Wirksamkeit gerade während der Zeit ihres heranwachsenden Säuglingsalters entwickeln, und dafs die Heilbarkeit eines Leidens sich im umgekehrten Verhältnis zu der Zahl der zur Behandlung empfohlenen Mittel befindet. In der That ist nach dieser Regel die Stellung des Lupus erythematodes in der dermatologischen Therapie genau zu bestimmen. Aus den Diskussionen der zwei unlängst abgehaltenen Dermatologen-Kongresse, von denen der eine national, der andere international war, kann man betreffs der Behandlung dieser Affektion entnehmen, dafs jedesmal ein Zwiespalt der Meinungen über gewisse neue Heilmittel in gleicher Weise obwaltet: was dem einen Forscher bei seinen wenigen Fällen Erfolg gebracht hat, versagt vollständig, wenn es von anderen Ärzten bei vielen Kranken angewandt wird. Man kann sogar in Bezug auf das meiste, was über die Wirkung der einzelnen Präparate bei dieser Krankheit geschrieben worden ist, die scharfe Kritik aussprechen, dafs nur in den seltensten Fällen überhaupt das procentuale Verhältnis von Heilungen und Mifserfolgen angegeben worden ist.

Welcher Art die Thesen sein werden, welche mein Kollege Dr. Robinson Ihnen in seiner Eröffnungsrede vortragen wird betreffs der Ätiologie des Lupus erythematodes, ist mir zur Zeit, da ich dieses schreibe, noch vollständig unbekannt. Wenn wir aber irgendwie eine positive, wissenschaftliche Basis für unsere Ansichten über diese Frage erreicht haben werden sowie eine erschöpfende Kenntnis der Anatomie der Affektion, dann werden wir die Grundlagen besitzen für die Aufstellung eines rationellen Systems der einzuschlagenden Therapie. Fürs erste jedoch fehlt uns meines Erachtens diese Kenntnis noch gänzlich. Man ist wohl berechtigt, eine Theorie über das Wesen einer Krankheit aufzustellen und von dieser Basis aus experimentierend an die Behandlung heranzutreten, sowie auch aus den Resultaten gewisse Schlüsse zur Stütze der aufgestellten Hypothesen zu deduzieren, soweit dieselben Berechtigung haben. Indessen trifft diese Voraussetzung nur selten ein. Unsere positiven Kenntnisse von der spezifischen Wirkung der Medikamente sind so beschränkt, dafs wir sie nur ganz selten anzuwenden imstande sind, sei es auch nur als Stütze für die Diagnose, geschweige denn um damit das dunkle Gebiet der Ätiologie zu beleuchten. Als Beispiel möge das Jodkalium dienen, welches wir mit grofsem Vertrauen als Kriterium bei manchen schuppenden Dermatosen anrufen, um zu entscheiden, ob es sich um Psoriasis oder um Hautläsionen von Syphilis handelt. Wir werden alle ohne Zweifel bereit sein zuzugestehen, dafs es zuweilen effektiv unmöglich ist, aus den zu Gebote stehenden Symptomen eine sichere Diagnose zu stellen, und ferner, dafs wir dann die Wirkung des Mittels auf die erkrankten Gebiete ohne weitere Kritik als beweiskräftig acceptieren.

Sind die Läsionen schnell vergangen, nun, dann war es Syphilis. Ich für meine Person habe allerdings den Glauben an die Zuverlässigkeit dieser Probe verloren, denn die Erfahrungen, welche ich in den letzten zwei bis drei Jahren betreffs der Wirkung von Jodkalium auf chronische Psoriasis gemacht habe, haben mich davon überzeugt, dafs es sie ebenso überraschend schnell zum Verschwinden bringen kann wie die syphilitischen Läsionen, mit denen sie eine so verwirrende Ähnlichkeit besitzt. Ich betone: nicht mit der gleichen Zuverlässigkeit, aber immerhin häufig genug, um das Mittel seines Wertes als diagnostischen Prüfstein in derartigen Fällen zu entkleiden. Wenn wir demnach nicht mehr berechtigt sind, definitive Schlüsse bei einem längst bekannten Medikament von anerkannter spezifischer Wirkung auf gewisse Hautaffektionen aufzustellen, wie können wir dann ein zuverlässiges Urteil fällen nach der Wirkungsweise von neuen und ungeprüften Medikamenten und daraus auf das Wesen der zuerst damit behandelten Krankheiten schliefsen? Trotzdem sind solche Schlufsfolgerungen in Bezug auf Lupus erythematodes auf Grund der Anwendung von den „Tuberkulinen", dem alten und dem neuen, mit Zuvertrauen aufgestellt worden. Angenommen ein Leiden unbekannten Wesens, ferner ein Medikament, dessen Eigenschaften noch nicht erprobt sind, das aber auf gewisse Formen von Hauttuberkulose einen noch nicht genau erforschten Einfluſs ausübt und vielleicht ähnliche Erscheinungen beim Lupus erythematodes bewirkt, ergo ist letzterer eine Form von Tuberkulose. Derartige Untersuchungsmethoden und Deduktionen unter der Flagge der Wissenschaft passieren zu lassen, ist kaum weniger kindisch, als wenn man den Umstand, dafs Tuberkulin und Tuberkulose beide mit T anfangen, auch als ein Beweismittel gelten lassen wollte. Ich möchte durchaus nichts gegen exakte Experimente nach dieser Richtung hin gesagt haben, denn ich glaube, dafs uns hier eine Aussicht auf unschätzbare Fortschritte eröffnet ist, aber auf jeden Fall sollten wir genügende beweiskräftige Grundlagen haben, ehe wir sie beim Studium der Ätiologie von Hautkrankheiten zu verwenden versuchen.

Was in Wirklichkeit die Beziehungen zwischen Lupus erythematodes und Tuberkulose betrifft, möchte ich hier bemerken, dafs trotz den Argumenten, welche von Boeck in seiner unlängst erschienenen Abhandlung über die Exantheme der Tuberkulose[1] und von anderen vorgebracht worden sind, ich den Nachweis noch nicht als genügend feststehend erachten kann. Die Theorie von den Toxinen hat gegenwärtig eine grofse Anziehungskraft, aber es müssen erst klinische Beweise für oder wider in grofsem Mafsstabe aufgestellt werden, ehe man von einem definitiven

[1] Die Exantheme der Tuberkulose, Toxidermien, die durch die Einwirkungen der tuberkulösen Toxine auf gewisse Nervencentren eingeleitet sind. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XLII. Heft 1.

Abschluſs reden darf. Von gröſster Bedeutung ist hierbei eine Thatsache, welche bei der neulichen Leprakonferenz in Berlin dargelegt wurde, daſs nämlich jene ersten Symptome der Krankheit an der Haut, die prodromalen Erythemflecke, die man bisher der Einwirkung von Toxinen zugeschrieben hat, konstant das Vorhandensein von Bacillen erkennen lassen, wie man neuerdings nachgewiesen hat, und daſs sogar Hautteile, an denen man makroskopisch keine Veränderungen entdecken konnte, diese letzteren aufwiesen.

Zur Zeit bietet uns die pure Empirie den einzigen Weg, so viel ich sehen kann, um an diese Frage, deren Besprechung mir durch die Geneigtheit des Ausschusses übertragen worden ist, heranzutreten; wir müssen untersuchen, nicht welche Mittel sind es, von denen wir eine Wirkung zu erwarten berechtigt sind, sondern welche sind die Mittel, die bisher nachgewiesenermaſsen die beste Wirkung bei der gröſsten Zahl von Kranken mit Lupus erythematodes ergeben haben. Natürlich wirft sich hierbei gleich von vornherein die alte Frage auf: haben wir es hier zu thun mit einem sogenannten konstitutionellen Leiden, bei dem eine Allgemeinbehandlung einzusetzen hat, oder liegt hier eine Lokalaffektion vor, welche durch die direkte Applikation von äuſseren Mitteln geheilt werden kann? Hutchinson einerseits sagt: „Zunächst muſs der Patient, in zweiter Reihe die Krankheit behandelt werden.“ In vollständigem Gegensatz hierzu sagt Kaposi: „Es können nur äuſsere Mittel irgend eine Wirkung erzielen.“ Ich für meine Person stimme mit dem ersteren insofern überein, daſs das Allgemeinbefinden niemals auſser Acht gelassen werden sollte, und daſs die Wiederherstellung des normalen Befindens, falls in dieser Beziehung irgend welche Mängel bestehen sollten, einen wesentlichen Einfluſs auf die Besserung der lokalen Läsionen bei gleichzeitiger äuſserer Behandlung ausüben wird; doch ist davon nicht mehr zu erwarten als von der Wiederherstellung normaler Verhältnisse bei jedem anderen lokalisierten pathologischen Prozeſs, den man zugleich mit lokalen Mitteln behandelt. Mit anderen Worten, ich erkenne keinem Mittel die Fähigkeit zu, eine spezifische Wirkung auf den Verlauf des Leidens auszuüben. Das heiſst, ich glaube nicht, daſs man von irgend einem der uns bekannten Medikamente mit Bestimmtheit wird behaupten können, es würde durch die interne Verabreichung desselben bei einer Serie von Fällen eine fortschreitende und wesentliche Besserung zu erzielen sein, oder daſs in einem einzigen Falle sich eine wirkliche Heilung würde erzielen lassen. Indessen werden in den Schriften von namhaften Dermatologen die folgenden Mittel auſser mehreren anderen aufgeführt, mit der Angabe, daſs sie bei dem in Rede stehenden Leiden von Nutzen seien und sogar Heilung bewirken könnten.

Liste A:

Citronensaft. — Leberthran. — Liquor ammoniae. — Ichthyol. — Chlorsaures Kalium. — Jodkalium. — Jodstärke. — Jodoform. — Phosphor. — Kupferoleat. — Arsenik. — Decoctum Zittmanni. — Ergotin. — Pyrotoxin. — Tuberkulin und, als letzte Neuheit, das Salicyl, von dem CROCKER behauptet, dafs es im Verein mit einer Galmeilösung die Krankheit kuriert.

Ich bin nun bereit, alle Ansprüche auf spezifische Wirkung diesen Mitteln allen und jedem zuzuerkennen, sobald die folgenden Bedingungen erfüllt werden:

1. Es darf vor Beginn der Prüfung längere Zeit hindurch keine andere Behandlung stattgefunden haben, und es dürfen während des Versuches gar keine externen Mittel angewandt werden.

2. Das Experiment soll auf eine erhebliche und ununterbrochene Reihe von Fällen unter Einschlufs von allen Arten und Graden des Leidens sich erstrecken. Dasselbe soll ohne Unterbrechung lange genug fortgeführt werden, um über den positiven oder negativen Wert des betreffenden Mittels entscheiden zu können, oder bis zur erzielten Heilung resp. nachgewiesenen Aussichtslosigkeit der Behandlung. Eine solche Prüfung kann man am besten, vielleicht ausschliefslich, in Krankenhäusern, wo genaue Kontrolle über die Patienten ausgeübt wird, vornehmen. Bei der Beurteilung der Resultate ist nicht zu vergessen, dafs eine spontane Rückbildung in durchaus nicht wenigen Fällen beobachtet wird.

Kann etwa einer der hier anwesenden Herrren eine solche Begründung anführen für die behauptete Wirksamkeit der genannten Arzneien bei der Heilung dieser Krankheit? Trifft es nicht zu, wenn man sagt, dafs die meisten Berichte sich auf Resultate stützen, welche bei einer kleinen Zahl von nur kurze Zeit hindurch beobachteten Fällen gewonnen wurden, und dafs ferner lokale Mittel nebenbei auch oft in Anwendung kommen, sowie dafs die negativen Resultate und die Mifserfolge nur selten verzeichnet werden?

Ich unternehme es nicht, hier eigene, auf derartigen genauen Methoden beruhenden Erfahrungen mit den in der Liste angeführten Mitteln vorzutragen, aber ich kann nur erklären, dafs ich keinen Grund habe, auf dieselben, soweit ich sie bisher habe prüfen können, irgendwelche besonderen Hoffnungen zu setzen.

Was ist von der Wirkung der äufseren Mittel zu sagen? Können wir bei diesen mit gröfserer Bestimmtheit von einer Heilkraft reden? Wir können jedenfalls, meine ich, Anspruch darauf erheben, denn wir sind in der Lage, ihre Wirkung auf das erkrankte Gewebe direkt zu beobachten. Wir können sie auf einen bestimmten Teil des erkrankten Gebiets auftragen und die dann entstehenden Veränderungen beobachten

und mit dem angrenzenden, nicht behandelten Teil vergleichen; oder auch, wir können verschiedene Mittel gleichzeitig auf verschiedene kranke Stellen applizieren und die erzielten Resultate einander gegenüberstellen. Es ist nicht wahrscheinlich, dafs wir dabei die wirklich durch die Mittel erzielten Besserungen verkennen werden, wenn wir sie auch noch so sehr mit Übertreibung darstellen oder andererseits aus einer noch beschränkten Beobachtung auf unfehlbare Wirksamkeit schliefsen mögen. Es läfst sich eben dieses Element des individuellen Temperaments niemals ganz aus den Resultaten menschlicher Forschung ausscheiden.

Aber trotz allen den auf diese Weise erlangten Kenntnissen von der Wirkungsweise der äufseren Mittel, kommen wir nicht über die Grenzen der Empirie hinaus. Wenn wir aus der Liste diejenigen Mittel, welche das erkrankte Gewebe zerstören, also die Ätzmittel, und die mechanisch wirkenden Mittel ausscheiden, so können wir bei den übrig bleibenden den Grund ihres Einflusses nicht angeben noch auch a priori bestimmen, ob irgend ein noch nicht versuchtes Präparat nützlich sein wird oder nicht. Es sind bereits einige fünfzig externe Mittel zur Behandlung des Leidens empfohlen worden. Im grofsen und ganzen klassifiziert können wir von ihnen sagen, dafs einige mechanisch wirken, z. B. das Skarifizieren, Curettieren, die Elektrolyse; andere sind Ätzmittel, so die starken Säuren, Alkalien, Hitze; manche wirken lindernd, andere reizend, und von der grofsen Mehrzahl können wir eine genauere Definition ihrer Wirkungsweise nicht angeben. Einige sind schon lange im Gebrauch; sie erhalten sich, weil sie sich als die zweckmäfsigsten ausgewiesen haben. Andere sind erst neuerdings eingeführt worden, und selbst ihre Namen klingen uns noch fremd. Bei einigen dürfte uns die chemische Zusammensetzung noch unbekannt oder unverständlich sein. Viele derselben werden wahrscheinlich bald der Vergessenheit anheimfallen. Selbst der sanguinischste Arzt dürfte von irgend einem unter ihnen kaum behaupten, dafs es in jedem Falle sichere Heilung gewährleiste. Gewifs werden gerade diejenigen Kollegen, welche am meisten Erfahrung besitzen und am kritischsten vorgehen, sich genötigt sehen, zu gestehen, dafs auch die verhälnismäfsig zuverlässigsten Präparate darunter uns oftmals völlig im Stich lassen.

Ich habe hier von den wichtigsten derselben eine Liste zusammengestellt:

Liste B:

Lindernd.

Waschwasser:

Hydrarg. chlorat. 4,0, Aq, calcis 500,0.
Zinc. oxydat. 15,0, Glycerin. 5,0, Aq. calcis 150,0.
Zinkcarbonat. 15,0, Glycerin 10,0, Aquae 150,0.

Talc., Amyl. ā 75,0, Glycerin. 30,0, Aq. plumb. 150,0 (Boeck). Liquor plumbi.

Salben:

Zinc. oxydat. 0,5—1,5, Adip. 30,0.
Bismuth. subnitric. 1,0, Amyl. 5,0, Adip. 30,0.
Ungt. Diachyl.

Pasta:

Zinc. oxydat. 2,0, Amyl. 12,0, Vaselin. 20,0.

Stimulierend:

Schwefel. — Waschwasser mit Kaliumzinksulphid. — Jodtinktur, „Jodglycerin". — Quecksilberoleat, Chorammoniumsalbe, Jodsalbe. — Emplastrum mercuriale. — Sublimatkollodium. — Teersalbe. — Ol. cadinum. — Ichthyol. — Kreosot. — Chrysarobin. — Salicylsäure mit Seifenpflaster, mit Kreosotpflaster. — Liquor carbonis detergens. — Jodoform. — Benzolin. — Resorcin. — Emplast. Vigo. — Liquor Fowleri.

Caustica:

Kali. — Michsäure. — Karbolsäure. — Pyrogallussäure. — Eisessig. — Chloressigsäure. — Mineralsäuren. — Saures salpetersaures Quecksilber. — Argentum nitricum. — Arsenik. — Natrium Ethyl. — Vesicantien. — Thermokauter.

Mechanisch:

Skarifizieren, punktförmig, strichförmig. — Curettieren. — Elektrolyse. — Kollodium.

Unbestimmt:

Tinct. ferr. (perchlorid.) sesquichlorat. — Glycerintannin. — Naphtolsalbe. — Jodphenol. — Emplastr. hydro-naphtol. — Thilanin. — Pyoktanin. — Pyrozon.

Sollen wir aus dieser Liste zur Behandlung eines gegebenen Falles eine Auswahl treffen, so werden wir in gewissem Grade durch die an den Krankheitsgebieten vorherrschenden Symptome uns leiten lassen können. Unter diesen Erscheinungen sind die wichtigsten: Hyperämie, Neigung zu recidivierender Dermatitis, Folliculitis, Schuppenbildung, Atrophie und Narbenbildung. Wenn der Fall entzündlicher Art ist, oder wenn die Haut durch äufsere Einwirkungen leicht gereizt wird, dürfen bis zur Beseitigung solchen Verhaltens nur die allerblandesten Mittel angewandt werden, und erst nachher wird man nötigen Falls zu den mehr anregenden Mitteln übergehen. Man wird im Verlaufe eines jeden Falles diese Linderungsmittel von Zeit zu Zeit mit Vorteil anwenden, um ein etwaiges Recidiv von Hyperämie, wie solche bald als integrierende Eigen-

tümlichkeit des Leidens, bald als Folge einer zu reizenden Therapie eintritt, zu beseitigen. Die Indikation, solchergestalt die Anwendung der kräftigeren Medikamente zu unterbrechen, sollte niemals unbeachtet gelassen werden. Bei den Fällen von dem akuten multiplen Typus (Lupus erythematodes disseminatus) wird die Haut für gewöhnlich nichts anderes als eben diese ganz milden Mittel überhaupt vertragen. Bei einem jeden Falle aber scheint es mir zweckmäfsig, wenigstens im Anfang mit der Anwendung der lindernden oder der als milde stimulierend zu bezeichnenden Mittel einen Versuch zu machen, und ich meinesteils habe, wie ich noch hinzufügen will, sie oft unter Ausschlufs aller anderen gebraucht. Ich möchte dreist behaupten, dafs ich im grofsen ganzen bei der Mehrzahl meiner Fälle weit mehr Nutzen von diesen milden Mitteln gesehen habe als von den stärksten Medikamenten, die wir kennen. Wenn wir genötigt wären, neun Zehntel der in obiger Liste angeführten Mittel zu entbehren, würde ich das mildeste Zehntel als das zuverlässigste für meinen Gebrauch mir vorbehalten. Auf diese Reserveliste würde ich etwa die folgenden Präparate setzen: Lotio nigra (Kalomel in Kalkwasser), die Waschwasser mit Zinkoxyd, mit Galmei und nach Boeck, sowie die Zinkpaste als vorbereitende resp. gelegentlich anzuwendende Mittel und ferner als später anzuwendende und stimulierende Verordnungen: Schwefelsalbe oder ein Waschwasser mit Zinkoxyd und Schwefel, weifse Präcipitatsalbe, Salicylseifenpflaster in der Stärke von 10—20% und Milchsäure.

In nächster Linie kämen dann diejenigen Mittel, welche gelegentlich zu gebrauchen sind, wenn die oben genannten milderen Mittel versagt haben. Von diesen haben sich mir am nützlichsten erwiesen: Jodglycerin (Jod - Jodkalium ā 4,0, Glycerin 16,0) und Emplastrum mercuriale. Diese sowie mehrere andere Medikamente, welche in dieselbe Rubrik gesetzt werden könnten, wie Kreosot, Karbolsäure, Pyrogallussäure, Chrysarobin und Höllenstein sind ungefähr die stärksten Mittel, welche ich anwende. Sie bewirken keine Narbenbildung, und dies ist die Grenze, über die ich nicht hinausgehe. Ich finde es nämlich nicht gerechtfertigt, an einer so exponierten Körperstelle, wie es das Gesicht ist, ein verhältnismäfsig wenig entstellendes Leiden durch eine permanente und viel mehr entstellende Narbenbildung zu ersetzen. Zum wenigsten dürfen wir solche Mafsnahmen nicht in Anwendung bringen, bevor wir die ganze Reihe derjenigen Präparate, mit denen möglicherweise ebenso gute Resultate ohne die unliebsamen Nebenwirkungen erzielt werden können, erschöpft haben.

Ich mufs gestehen, dafs ich die Wirkung eines jeden der angeführten Mittel, namentlich der erst neuerdings empfohlenen noch nicht sämtlich geprüft habe, und dafs ich die mechanischen Methoden der Curettierung und Skarifizierung, sowie die mehr eingreifenden Applikationen des Kau-

terisierens mit Mineralsäuren und Hitze selten angewandt habe. Aber ich habe eine nicht geringe Zahl von Patienten, die auf diese Weise von Kollegen behandelt worden waren, nachträglich in Behandlung bekommen, und der Erfolg konnte nicht als sehr ermutigend bezeichnet werden. Bei zwei Fällen habe ich mit rauchender Salpetersäure versucht, beschränkte Gebiete auf dem Rumpfe durch wiederholte Applikationen zu vernichten, und bei beiden Patienten sah ich die Affektion sich aufserhalb des Narbengebietes wieder von neuem entwickeln. Ich weifs wohl, dafs einige der hiesigen Kollegen der VIDALschen Skarifizierungsmethode grofsen Wert beigelegt haben, und ich hoffe, dafs sie uns mitteilen werden, ob sie jetzt noch ebenso zuversichtlich darüber denken und ob sie damit viele Dauererfolge erzielt haben.

Was will ich nun wirklich damit sagen, wenn ich davon spreche, dafs dieses oder jenes spezielle Mittel oder Behandlungsmethode zu empfehlen sei? Dafs sie die Krankheit kurieren können? Oder was würde ich antworten auf die Frage, wie viele Fälle von Lupus erythematodes ich überhaupt geheilt habe? Ich meine damit, dafs genannte Mittel manchmal eine günstige Wirkung auf die erkrankte Haut ausüben, zuweilen, wenn das Krankheitsgebiet ein grofses ist, nur auf einen gewissen Teil und manchmal nur vorübergehend, und dafs diese kurz dauernden oder beschränkten Erfolge noch dazu nur durch lange fortgesetzte, höchst konsequente Behandlung sich erzielen lassen. Oftmals lassen sie uns gänzlich im Stich, sogar diejenigen, auf welche wir sonst die gröfste Zuversicht setzen, und es läfst sich niemals mit Sicherheit in irgend einem Falle vorhersagen, welche Heilwirkung mit irgend einem gegebenen Mittel zu erzielen sein wird. Und ferner meine ich damit, dafs die Zahl der vollständigen und dauernden Heilungen, die ich erreicht zu haben behaupten kann, eine betrübend kleine ist. Ich rechne allerdings nicht als Heilungen solche Fälle, die sich meiner Beobachtung entzogen haben, mögen sie sich noch so sehr während der Behandlung gebessert haben. Vielmehr wundere ich mich, dafs eine so grofse Zahl von Patienten sich in Treue einem viele Jahre langen Experimentieren unterwirft, trotzdem der Mifserfolg oder der mangelhafte Erfolg ihnen ebenso greifbar klar vor Augen liegt wie dem Arzte selbst.

Immerhin wollen wir nicht daran verzweifeln, dafs es eines Tages uns möglich sein wird, mit Aufrichtigkeit einem jeden Kranken antworten zu können: Ja, ich kann Lupus erythematodes heilen — anstatt dafs wir, wie heute, sagen müssen: Eine Heilung kann ich nicht versprechen, aber es verlohnt sich doch der Mühe eines Versuchs.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Remscheid.)

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris.

Von

Dr. Paul Richter,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Berlin.

In der Sitzung der Berliner dermatologischen Vereinigung vom 12. Mai 1896 habe ich einen Patienten mit sehr hartnäckiger Psoriasis vulgaris vorgestellt, bei dem ich, nachdem alle angewandten Mittel keinen Erfolg gehabt hatten, Heilung erzielte mit einer Salbe, die zuerst von Coffin angegeben war und die ich nach Fortlassung des sehr teueren Aristol folgendermafsen verändert hatte:

Acid. salicyl.	
Acid. pyrogallic.	
Ammon. sulfoichthyol.	ā 3,0
Ol. oliv.	10,0
Adip. lanae	ad 100,0.

Durch einen der üblichen Druckfehler in dem offiziellen Sitzungsbericht (*Derm. Zeitschr.* 1896, pag. 521) entstand aus dem ad 100,0 ā 10,00 (sic) und in dieser Formel geht die Vorschrift, wie ich kürzlich gesehen habe, auch durch die französische und englische Litteratur. Ich möchte jedoch verhüten, dafs ein Recept, das mir gute Dienste gethan hat, durch zu starke Koncentration und die daraus resultierenden Reizungserscheinungen an Wert verliert. In jüngster Zeit habe ich das Acidum pyrogallolicum nach dem Vorschlage Unnas durch das oxydierte Präparat ersetzt und damit ebenso gute Erfolge erzielt, auch habe ich die drei wirksamen Bestandteile in verschiedenen Koncentrationen, von 3 bis zu 10 Procent angewendet, auch im Gesicht, wo es keinerlei Reizerscheinungen oder Verfärbungen der Haut hervorrief. In dieser berichtigten Form möchte ich es den Kollegen zur Anwendung in hartnäckigen Fällen empfehlen.

Ich sehe mich veranlafst, dieser therapeutischen Notiz von Herrn Dr. Paul Richter die Anmerkung hinzuzufügen, dafs die Formel von Coffin nur eine der vielen Nachbildungen ist, die die von mir angegebenen und von Dr. Mielck 1890 (*diese Zeitschr.* Bd. X, pag. 28) publizierten Magistralformeln der reduzierenden Mittel im Laufe der Jahre erlebt haben. Zuerst 1887 auf dem Kongresse der amerikanischen Dermatologen

in Baltimore (Therapie der Lepra. *Journ. of cut. and genit.-urin. diseases.* 1887, pag. 381) habe ich mitgeteilt, dafs Chrysarobin, Pyrogallol und Resorcin am wirksamsten und mildesten derart in Salben verschrieben würden, dafs man dem Hauptmittel Salicylsäure und Ichthyol als Adjuvantien beigiebt. In den erwähnten Magistralformeln ist als Durchschnittsprocentuierung angenommen 5% Pyrogallol (Chrysarobin, Resorcin), 2% Salicylsäure und 5% Ichthyol. Doch können alle Bestandteile natürlich beliebig abgeschwächt oder verstärkt werden ohne Änderung des Prinzips, wie es 1887 von mir begründet wurde. Recepte nach dieser Vorschrift finden sich auch beispielshalber zahlreiche in LEISTIKOWS *Therapie der Hautkrankheiten* und es erscheint nicht notwendig, die obige, sehr gute Formel vom Auslande einzuführen, da sie von Deutschland ausgegangen ist.

UNNA.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. Juli 1898.

(Originalbericht von P. GASTOU-Paris.)

Rasch verlaufende tuberkulöse Lymphangitis. Herren BALZER und LEROY. Bei einem jungen Manne ohne hereditäre Beanlagung waren unter verschiedenen Malen Osteoperiostitiden zuerst am rechten dann am linken Mittelfinger aufgetreten, welche jeweilen nach einem Zeitraume von einigen Wochen von lymphangitischen Schüben gefolgt wurden, die sich über die Hand und den Vorderarm erstreckten. Im Verlaufe der Lymphgefäfse, welche unter der Haut als feste Stränge fühlbar waren, zeigten sich Knötchen, die allmählich an Umfang zunahmen und schliefslich ulcerierten, Abschnitte gesunder Haut zwischen sich freilassend. Diese Geschwüre heilten zum Teil unter Hinterlassen weifslicher glatter, etwas eingesunkener Narben ab.

Über einen Fall von Psoriasis mit persistierenden Achromien; Lokalisation im Verlaufe von Nervensträngen. Herren HALLOPEAU und GASNE. Dieses Verhalten genügt zur Demonstration der trophoneurotischen Theorie der Psoriasis keineswegs. Diese kennzeichnet sich vielmehr durch ihre excentrische Ausbreitung, ihre Inokulierbarkeit, ihre Heilbarkeit durch Antiseptica als parasitäre Affektion. Die Lokalisation im Verlaufe eines Nervenstammes läfst sich dadurch erklären, dafs man eine embryonale Störung voraussetzt, wodurch eine Körperregion in einen für die Entwickelung eines Keimes günstigen Boden verwandelt wird.

Dritte Bemerkung über einen Fall von Seborrhoiden. Herr HALLOPEAU. Es handelt sich um streifenartige erythematöse Färbung mit kleienartiger Abschuppung, bei gleichzeitigem Vorhandensein typischer seborrhoischer Läsionen auf der Kopfhaut. Da eine Bezeichnung für derartige Veränderungen bisher fehlt, schlägt H. den Namen Seborrhoide vor in Übereinstimmung mit BROCQ; man würde auf diese Weise pityriasisartige, erythemato-squamöse, marginierte, ekzematöse, psoriasisartige und verschiedene Arten eitriger Seborrhoide unterscheiden können.

Über einen Fall von Urticaria pigmentosa, der früher als mutmafsliche Lepra veröffentlicht worden war. Herr HALLOPEAU. Aus demselben geht hervor, dafs die Urticaria pigmentosa die Form von Kreisen oder Kreisfragmenten annehmen kann; die nachfolgende Pigmentation kann ausgebreitete gleichmäfsige Flächen einnehmen, innerhalb welchen neue Urticariaschübe ausbrechen können. Die erythematösen Ringe bleiben zuweilen monate- und jahrelang bestehen, indem sie teilweise pigmentiert werden. Unter dem Einflusse der äufseren Luft kann die erythematöse Färbung stärker hervortreten oder, nachdem sie verschwunden war, wieder erscheinen. Die Dermatose zeigt sich unter den verschiedensten Formen.

Hereditäre oder frühzeitig erworbene Syphilis? Herren HALLOPEAU und LEREDDE. Bei dem Kinde konstatiert man Mifsbildung der Zähne, hypertrophische Entzündung der Lippenschleimhaut, skleröse Glossitis, Unmöglichkeit die Kiefer einander zu nähern und ein tuberkulo-ulceröses Syphilid des Oberschenkels. Da der HUTCHINSONsche Symptomenkomplex nicht ausgebildet ist, läfst es sich schwer feststellen, ob es sich um eine hereditäre oder im ersten Lebensjahre acquirierte Lues handelt.

Dermatitis herpetiformis circumscripta mit Epidermiscysten. Herr BROCQ. Der 91jährige Patient leidet seit $1^1/_2$ Jahren an einer juckenden Hautaffektion, die sich durch das Vorhandensein circumscripter erythematöser Plaques auszeichnet, auf denen durchsichtige Bläschen und Blasen auftreten, die nach und nach vereitern oder zu Borken eintrocknen. An einzelnen Stellen treten immer wieder neue derartige Läsionen auf, so in den Achselhöhlen, in den Inguinalfalten, in der Brustbeingegend, am rechten Oberschenkel, am Kopfe, an den seitlichen Wangenpartien. Besonders an diesen letzteren Stellen hat die Haut ein narbenartiges Aussehen angenommen; die Haarbälge sind verschwunden und an verschiedenen Orten dieser glatten und weifslichen Hautpartien sieht man zahlreiche Epidermiscysten. Der Patient wird seit vier Monaten mit Elektrizität behandelt und ist in der Besserung begriffen.

Heilung von Cancroiden durch lokale Applikation von Arsenik. Herr DANLOS. Herr DANLOS ist nicht genau nach der Methode von CZERNY-TRUNECEK verfahren, sondern trägt die erkrankten Partien mit dem Messer flach ab und behandelt die Stellen mit Arseniklösungen. Er betont die Häufigkeit der Eiterungen bei dieser Methode und hat konstatiert, dafs die Heilung öfters nur scheinbar ist, indem unter der neugebildeten Epidermisdecke Krebsknötchen zurückbleiben, die bei der nächsten Gelegenheit recidivieren.

Herr BESNIER erklärt, dafs gewisse oberflächliche Epitheliome durch die einfachsten Mittel (Kataplasmen, feuchte Verbände) heilen. Mit Unrecht schreibt man deshalb der CZERNYschen Methode Heilungen zu in Fällen, welche auch spontan abgeheilt wären. — Derselben Ansicht ist auch BROCQ und GAUCHER meint, dafs die Arsenikthérapie des Krebses lange vor CZERNY bekannt war. — Herr GASTOU. Bei der Behandlung ist die anatomische Struktur der Cancroide in Betracht zu ziehen: die epitheliomartigen, d. h. an neugebildeten Zellenhaufen reichen Cancroide verschlimmern sich eher mit der CZERNYschen Methode, während die carcinomartigen, mit reichlicher Leukocyteninfiltration eine beträchtliche Besserung zu erfahren scheinen. — Herr BESNIER. Der Vorzug der CZERNYschen Methode besteht darin, dafs sie keine Intoxikationserscheinungen hervorruft, was bei allen anderen Behandlungsmethoden mittelst Arsenik der Fall ist. Die Schmerzen werden durch Auftragen von Orthoform gemildert.

Die Karate. Herr SABOURAUD. Man versteht unter diesem Namen eine Reihe von speziell im äquinoktialen Amerika vorkommenden Dermatosen, die sich durch das Auftreten breiter Plaques, desquamativer Epidermitis mit pseudovitiliginösen Pigment-

anomalien auszeichnen. Die Eruption beschränkt sich meist auf die unbedeckten Körperstellen (Hände, Füße, Gesicht), kann sich aber auch über die ganze Körperoberfläche ausbreiten. Der Verlauf ist ein außerordentlich chronischer und erstreckt sich über 20, 30, 40 Jahre. Die Affektion wird als unheilbar angesehen. Wie bei Favus, schreitet die Efflorescenz in excentrischer Weise vorwärts und während sie nach der Peripherie an Umfang zunimmt, heilt das Centrum durch sklerotische Umwandlung spontan ab. Man unterscheidet vier klinische Formen (die wieder verschiedene Varietäten aufweisen): die schwarze, violette, blaue und rote Form. Die einen kommen speziell bei der Negerbevölkerung, die anderen bei den Weißen und Mestizen vor. — In Frankreich haben sich Alibert, in Columbien Zea, Uribechyel und J. Gomez mit dieser Affektion befaßt. In Belgien hat Gastambide Studien über den Pinto gemacht, eine in Mexico vorkommende, mit der Karate analoge, aber nicht identische Dermatose. Montoya beschäftigt sich seit nun einem Jahre mit der mikroskopischen Untersuchung der Karate und ist zum Resultate gelangt, daß alle Formen derselben Mykosen (Aspergillosen) sind. Die Mikroorganismen der verschiedenen Formen stimmen nur in gewissen Punkten miteinander überein. In den Epidermisschuppen der erkrankten Hautstellen findet man nicht allein ein Mycelnetz, sondern dieses trägt auch noch deutlich sichtbare Fruktifikationsorgane des Pilzes. Man hat somit eine ganze Reihe von aspergillusähnlichen Pilzen vor sich, welche der Trichophytongruppe vollständig analog ist. Kulturen und Inokulationsversuche auf Kaninchen ergaben positive Resultate. — Therapeutisch haben sich die Quecksilberpräparate bewährt (äußerlich). — In prophylaktischer Beziehung interessant ist die Thatsache, daß der Pilz der violetten Form der Karate in den Pfützen der Goldminen gefunden worden ist, obwohl dieselben große Quantitäten Eisen- und Kupfersulfat enthalten, welche die Lebensfähigkeit des Pilzes in keiner Weise zu beeinträchtigen vermögen; ebenso hat Montoya den Parasiten auf einer Mücke von der Art Stimulium und auf einer anderen noch unbenannten von der Spezies Pcanthia gefunden. — Die genaue Klassifikation der Karateparasiten ist noch nicht definitiv festgesetzt; einzelne von ihnen stehen zwischen der Gruppe Aspergillus und der Gruppe Penicillium, noch andere nähern sich der Gattung Monilia.

Behandlung des tuberkulösen Lupus mit Kalomelinjektionen. Herr Du Castel. Nach seinen Erfahrungen scheinen die Kalomelinjektionen bei Lupus eher auf die Infiltrationen und Ulcerationen, welche den Tuberkel begleiten, einzuwirken, denn auf diesen letzteren selbst. Zuweilen folgt auf die Injektion Temperaturerhöhung und lokale Reaktion und die Wirkung gleicht in gewisser Beziehung derjenigen des Tuberkulins. In einigen Fällen hat Du Castel nach den Injektionen Verschlimmerung eintreten sehen.

Herr Brocq hat von zwei Fällen von Lupus den einen mit Kalomel, den anderen, von syphilisähnlichem Aussehen, innerlich mit Liquor van Swieten und Jodkalium behandelt; der erstere wurde gebessert, der letztere geheilt. Wahrscheinlich handelte es sich bei diesem letzteren um Syphilis. — Herr Morel-Lavallée erklärt, daß die Wirkung des Kalomels beim Lupus eine nur momentane ist, mit verschiedenen anderen vergleichbar. — Herren Gaucher, Fournier, Barthélemy, Hallopeau und Brocq betonen die häufige Koincidenz von Lupus und Syphilis sowie die diagnostischen Irrtümer zwischen beiden Affektionen; die kontradiktorischen Mitteilungen über die Wirkung des Kalomels beim Lupus lassen sich zum Teil auf diese Thatsache zurückführen.

Tuberkulöse Syphilide auf Impfnarben. Herr Fournier berichtet über einen Patienten, bei dem, lange nachdem er geimpft worden war, genau an der Stelle der

Inokulationen eine Reihe syphilitischer Läsionen auftraten. Es sei schwer zu sagen ob der Impfstoff hier als Fremdkörper oder als infektiöses Agens gewirkt habe.

Ulcerationen an den Fingern (Syphilide oder Tuberkulide) bei einem alten Syphilitiker. Herr FOURNIER stellt einen Patienten vor mit zahlreichen Ulcerationen an den Fingern; derselbe hatte früher eine Syphilis durchgemacht und war mittelst Kalomelinjektionen behandelt, aber niemals vollständig geheilt worden. In der Vorgeschichte des Kranken lassen sich aufserdem tuberkulöse Heredität nachweisen. Welchen Anteil an der Erzeugung der beschriebenen Läsionen nimmt hier jede der beiden Diathesen? — Herr BESNIER hat analoge Ulcerationen auch bei Malaria konstatiert und es bestand bei einem derartigen Patienten eine cyanotische Verfärbung der Nase.

Inguinale Mikropolyadenopathie nach einem Schanker der Vulva bei einer Gravida. Herr EMERY. Die Frau befindet sich im achten Schwangerschaftsmonat und acquirierte vor zwei Monaten einen spezifischen Schanker der Vulva. Die sekundären Erscheinungen bestanden in einer kaum angedeuteten Roseola und einigen wenigen Plaques muqueuses der Mundschleimhaut. In den Leisten fand man kleine, harte, indolente Lymphdrüsen von der Gröfse einer kleinen Erbse. Bereits FOURNIER hatte auf die schwache Beteiligung des Lymphdrüsensystems während der Gravidität hingewiesen.

Fall von akuter Vitiligo mit peripherer Neuritis bei einem durch Petroldämpfe vergifteten Individuum. Herr EMERY. Dieser Patient war mit dem Reinigen von Zweirädern mittelst Petrol beschäftigt und hatte seit zwei Jahren unaufhörlich Petroldämpfe eingeatmet sowie sich Hände und Arme mit Petrol verschmiert. Seither hat er an nervösen Störungen gelitten und bei seinem Eintritte ins Spital konstatierte man eine periphere Neuritis der Arme, besonders des rechten.

Über den Gebrauch des Monochlorphenols beim Lupus und Herpes tonsurans. Herr BARBE. Um den aufserordentlich unangenehmen Geruch des Monochlorphenols zu verdecken (Herr B. hat über seine Resultate mit diesem Präparate beim Lupus bereits früher referiert) fügt er etwas Lavendelgeist zu seiner Lösung, die sich aus Monochlorphenol 20 ccm, Lavendelspiritus 10 ccm, Alkohol ad 100 ccm zusammensetzt.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 45, Heft 1. 1898.

I. **Zur Histologie der Jodakne**, von S. GIOVANNINI-Turin. Das Material zu den Untersuchungen des Verfassers bildeten 32 von 30 lebenden Individuen excidierte, kleine Jodakne-Efflorescenzen. Die 32 Hautstücke ergaben 2117 auf 331 Objektträger verteilte Schnitte. Zur Färbung wurden die Schnitte auf den Objektträgern auf einen oder zwei Tage in eine ganz schwache wässerige Methylviolettlösung gelegt. Vor der Entfärbung wurden sie behufs Fixierung der Farbe in den Kernen auf etwa ½ Minute mit einer aus 1 Teil Chromsäure und 1000 Teilen Wasser bestehenden Lösung in Kontakt gebracht. Dieses Verfahren gestattet die verschiedenen Haar- und Talgdrüsenteile gut zu differenzieren. — Die Resultate der mikroskopischen Untersuchung

der Jodakne-Efflorescenzen werden im folgenden ausführlich mitgeteilt und sehr eingehend besprochen. Es ergeben sich aus denselben nachstehende Schlufssätze: Die Jodakne geringeren Umfanges ist das Resultat einer akuten, eitrigen Entzündung mit Abscefsbildung, welche in allen Fällen entweder ausschliefslich oder vorwiegend einen Haarbalg und die denselben umgebenden Gewebe befällt. Die Abscesse bleiben stets auf den oberhalb der Insertionsstelle der Arrectores gelegenen Haarbalgabschnitt beschränkt und sind mithin verhältnismäfsig oberflächlich. — Die Jodakne in ihren kleineren Formen kann deshalb in pathologisch-anatomischer Beziehung als eine akute, eitrige, oberflächliche Folliculitis und Perifolliculitis bezeichnet werden. Die Talgdrüsen weisen zumeist nur einfache Reizerscheinungen auf. Sie erkranken, wie dies schon Pellizzari beobachtet hat, bei der Jodakne nur sekundär.

Trotz des normalen Aussehens der Haut fanden sich mehrere Haarbälge in dem Augenblicke, wo sie von dieser Affektion befallen wurden, schon verändert. Sie weisen, abgesehen von einigen anderen unbedeutenderen Anomalien, vor allem stets eine mehr oder weniger vorgeschrittene Atrophie auf; die Talgdrüsen fehlen bei solchen Haarbälgen entweder ganz oder sind atrophisch. Man kann, da diese Anomalien sonst nicht so häufig angetroffen werden, folgern, dafs die Jodakne eine gewisse Vorliebe für die schon veränderten Haarbälge hat. Bei der Jodakne nimmt der Haarbalgtrichter mehr oder weniger an Weite zu, wobei er zuweilen kugelrunde oder ovale Hohlräume bildet, die mit Epidermis ausgekleidet sind, Talg, Hornzellen und Haarschafte enthalten und den sogenannten „Horncysten" des gewöhnlichen Komedos sehr ähnlich sind. Im Innern der Talgdrüsen der von der Jodakne befallenen Haarbälge hört die Bildung der Talgdrüsen auf. Es kommt schliefslich zur Atrophie der Talgdrüsen.

II. **Sterilität und Tripper**, von Benzler-Lübeck. Der Verfasser bespricht zunächst in aufserordentlich anregender Weise die Bedeutung der Kinderlosigkeit in volkswirtschaftlicher Beziehung, sodann die Ursachen der Sterilität. Als allgemeine Ursachen werden angeführt das Alter der Ehegatten bei der Eheschliefsung, besonders das jugendliche Alter der Frau, Erblichkeit, der Gesundheitszustand und die Körperkonstitution, das Klima, die Libido sexualis, der Einfluss des Alkohols, des Morphiums, der Inzucht. Diese allgemeinen Ursachen, über welche im übrigen die Ansichten der Autoren noch geteilt sind, treten gegenüber den zahlreichen lokalen Abweichungen in der Genitalsphäre des einen oder anderen Ehegatten in den Hintergrund. Allerdings gehen auch hier die Ansichten auseinander. Während man früher die alleinige Schuld der Kinderlosigkeit der Frau zuschob und eine mechanische Heilung der Sterilität durch chirurgische Eingriffe im Genitale des Weibes erstrebte, hat sich, seitdem Noeggerath im Jahre 1872 in seiner Arbeit „die latente Blennorrhoe beim weiblichen Geschlechte" die Frage der Ätiologie der Sterilität in neue Bahnen gelenkt hat, das Blatt zu Ungunsten des Mannes gewendet. Unter den diesbezüglichen Publikationen ist besonders die von Lier und Ascher so wertvoll, weil die Autoren in 132 Fällen beide Ehegatten zur Untersuchung bekommen konnten. Von den 132 Ehen lag bei den Männern in 53 Fällen (40,1 %) ein die Sterilität hinreichend erklärendes Leiden vor; 41 (= 31,1 %) hatten ihre Frauen mit Tripper angesteckt; 38 (= 28,8%) waren völlig gesund und ohne Schuld an der Kinderlosigkeit. Von den 132 Ehefrauen hatten sichere, jede Konzeption ausschliefsende Leiden 8 (= 6 %), wahrscheinlich die Konzeption hindernde Krankheiten 31 (= 23,5 %); zweifellos tripperkrank waren 54 (= 41%), während 31 (23,5 %) nur sehr unwahrscheinlich die Konzeption hindernde Erkrankungen hatten und 8 (= 6 %) völlig gesund und sicher nicht schuld an der Sterilität waren. Unter weiteren 197 Fällen von erworbener Unfruchtbarkeit fanden Lier und Ascher Schuld des Mannes 85 mal (= 43,1 %), Schuld der Frau 112

(= 56,8 %). Beim Weibe werden als Grund der Sterilität Veränderungen des Muttermundes, Verlagerungen, Atrophie und Katarrh des Uterus, entzündliche Affektionen der Adnexa u. dergl. angegeben; zuweilen findet sich bei sterilen Frauen, wie Kleinwächter berichtet, gar nichts Krankhaftes; beim Manne spielen neben der Impotenz, die von der Sterilität oder Impotentia generandi wohl zu unterscheiden ist, der Aspermatismus und die Azoospermie, namentlich letztere, eine Hauptrolle. Nach Rohleder liegt in 98 % der Fälle von männlicher Sterilität Azoospermie vor. Diese entsteht infolge von Syphilis, Fettsucht, chronischer Intoxikation (durch Morphium, Alkohol etc.) oder durch sonstige Erkrankungen der Hoden selbst, am häufigsten aber durch die Verlegung der Leitungswege infolge doppelseitiger Nebenhoden- und Samenstrangsentzündung, fast ausschliefslich blennorrhoischen Ursprunges; ist der Verschluſs der Samenwege ein dauernder, so kommt es zur Rückstauung des Spermas nach den feineren Verzweigungen bis in den Hoden hinein, zur Atrophie der spermatozoenerzeugenden Hoden. Dieselben werden schliefslich aufser Funktion gesetzt. Was die Sterilität beim Weibe betrifft, so schwanken unter den Autoren, je nachdem diese den Begriff der Sterilität mehr oder weniger eng fassen, die Zahlen zwischen 9 %—22,6 %. Weitaus die erste Stelle in der Ätiologie der Unfruchtbarkeit nimmt nach der Ansicht der Autoren die Tripperinfektion ein, wenngleich auch hier wiederum die Zahlen der Häufigkeit der Blennorrhoe bei Sterilität innerhalb weiter Grenzen (14 %—71 %) schwanken. Verfasser (Oberstabsarzt) hat seinerseits eine Sammelforschung in der Armee angestellt. Von 3000 Trippererkrankungen, die in den Hauptkrankenbüchern des Garnison-Lazaretts Hannover aufgeführt sind, konnten nur bei 474 Leuten zuverlässige Angaben über deren spätere Verheiratung und Nachkommenschaft erlangt und für die in Rede stehende Frage verwertet werden. Die Resultate waren folgende: Von den Frauen waren nie gravid 64 = 13,5 %, einkindsteril 78 = 16,5 %, i. g. 142 = 30 %, oder wenn die Hodenentzündungen abgezogen werden, so waren von 363 Frauen nie gravid 38 = 10,5 %, einkindsteril 63 = 17,3 %, i. g. 101 = 27,8 %. — Es lag also absolute Sterilität nur in 13,5 % resp. 10,5 % vor. Diese Zahlen beweisen, daſs der unkomplizierte Tripper im allgemeinen keine so erhebliche Rolle spielt. Wäre dies der Fall, so müſste, da man 80 % aller Männer als blennorrhoisch infiziert auffaſst, das Menschengeschlecht bald aussterben. In einzelnen Fällen jedoch, deren Krankengeschichten im folgenden kurz mitgeteilt werden, war die Schädigung durch den Tripper eklatant. Von besonderem Interesse sind diejenigen Fälle, in denen die Männer ihre Zeugungsfähigkeit sowohl vor wie nach der Tripperinfektion gezeigt und ihre Frauen geschwängert hatten, diese aber nach dem zweiten Wochenbett unfruchtbar wurden; sie beweisen zur Evidenz, daſs der Tripper nicht so die Zeugungsfähigkeit des Mannes aufhebt, sondern daſs es vornehmlich die von ihm gesetzten pathologischen Veränderungen im inneren Genitale der Frau sind, welche die Sterilität zur Folge haben. — Verfasser hat weiter den Einfluſs der Hodenentzündung auf die Fruchtbarkeit in der Ehe studiert. Er fand absolute Sterilität bei: einfachem Tripper in 10,5 %, bei Komplikation mit einseitiger Hodenentzündung 23,4 %, mit doppelseitiger Hodenentzündung in 41,7 % der Fälle. — Nimmt man die absolute und die relative (Einkindersterilität) zusammen, so betrug die Gesamtsterilität 27,8 % bei einfachem Tripper, 36,9 % bei einseitiger, 62,5 % bei doppelseitiger Hodenentzündung.

III. **Zur Kenntnis der Persistenz der histologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis**, von J. V. Hjelmman-Björneborg (Finnland). Verfasser hat die Untersuchungen Neumanns nach dieser Richtung hin auf eine groſse Anzahl von Fällen ausgedehnt und festzustellen versucht, innerhalb wie langer Zeit nach Ablauf der

klinischen Erscheinungen eine auch mit dem Mikroskope nachweisbare Restitution der alterierten Gewebspartie zu stande kommt. Grofse Schwierigkeit bot bei derartigen Untersuchungen die zuverlässige und nachhaltige Markierung des Sitzes der syphilitischen Efflorescenzen. In der letzten Zeit hat Verfasser solche Stellen durch 3—4 Stiche mit der Tätowiernadel exakt und für Jahre hinaus markiert. Die Excision wurde mit Schere und Pincette ohne lokales Anaestheticum ausgeführt; die Härtung geschah zumeist in Alkohol, seltener in Müllerscher Lösung, Sublimat oder Formalin. Die Schnitte wurden in Celloidin eingebettet. Von Färbemitteln kamen zur Anwendung Hämatoxylin, Alaunkarmin, Pikrolithionkarmin, Thionin, Unnas polychromes Methylenblau. — Die Resultate der histologischen Untersuchungen waren folgende: „Hinsichtlich des indurierten Schankers wiesen von 13 untersuchten Fällen wenigstens 10 noch ungefähr ½—3 Jahre, nachdem der Schanker klinisch als geheilt zu betrachten war, Zelleninfiltrate in der Cutis auf, die als Residuen des Primäraffektes aufgefafst werden müssen. — Nach einem Roseolenausschlag waren noch einen Monat nach vollständigem Schwinden des Exanthems pathologische Zelleninfiltrate anzutreffen; später dagegen scheint in der Regel eine Restitution der alterierten Gewebspartien zu stande zu kommen. — Bei der syphilitischen Papel waren in der Cutis in allen untersuchten Präparaten, 13 an Zahl, von denen 5 wuchernde, nässende Papeln betrafen, mehr oder weniger reichliche Residuen der die Papel konstituierenden Zelleninfiltrate vorhanden. — Der längste vom Verfasser beobachtete Zeitraum zwischen der scheinbaren Heilung der Papel und der Excision betrug bei den trockenen Papeln ein halbes, bei den nässenden nahezu ein ganzes Jahr. Wie lange diese Infiltratreste fortbestehen, vermochte Verfasser nicht festzustellen, weil er keine Gelegenheit hatte, die Beobachtungen über die erwähnten Zeiträume hinaus auszudehnen. Bei den luxurierenden Papeln wenigstens sind die Zelleninfiltrate, welche sich ein halbes, ja noch ein ganzes Jahr nach scheinbarer Heilung der Papel in der Cutis vorfinden, so reichlich, dafs eine vollständige Resorption höchstwahrscheinlich erst nach etwa einem weiteren Jahre oder noch später zu erwarten ist.“ Diese Zelleninfiltrate erklären jetzt hinreichend die unter den Syphilidologen längst bekannte klinische Thatsache, dafs während der sekundären Periode auftretende Exantheme wiederholt in situ recidivieren können. Vielleicht findet damit auch die Erfahrung eine Erklärung, dafs tertiäre Formen noch in einem sehr späten Krankheitsstadium genau an denselben Stellen auftreten können, die im recenten Stadium Sitz einer syphilitischen Efflorescenz gewesen sind. So entwickelt sich ein „Chancre redux“ am Platze einer Initialsklerose. — Aus dem Gesagten läfst sich für die Praxis die Lehre ziehen, dafs man gleich im Beginn durch eine sehr energische spezifische Behandlung dem Entstehen solcher Zelleninfiltrate im Gewebe vorzubeugen bestrebt sein müsse. Der Umstand, dafs noch Monate, ja Jahre nach der scheinbaren Heilung der Symptome Zelleninfiltrate im Gewebe zurückbleiben, spricht deutlich für die von Fournier, Neisser u. a. empfohlene, chronisch-intermittierende Syphilisbehandlung.

IV. **Beitrag zur Lehre von den multiplen follikulären Hautcysten,** von Lodovico Bosellini-Bologna. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 40jährigen, sonst körperlich gesunden, kräftigen Erdarbeiter. Derselbe zeigt am Stamm von den Schulterblättern abwärts bis zu den Nates zahlreiche, kleine, unregelmäfsig zerstreute, ovale oder runde, hirsekorn- bis bohnen-, bis kirschgrofse, in der Tiefe gelegene, leicht verschiebliche Tumoren. Die Haut über denselben ist verdünnt, abhebbar. Die Konsistenz der Geschwülste ist pastös. Sie finden sich auch über den Schultern, an den Seitenteilen des Thorax und an den dem Stamme angrenzenden Teilen der Schenkel. Die Affektion begann vor ca. 8 Jahren mit 2—3 Knoten am Thorax und

nahm an Ausdehnung im Laufe der Jahre zu. — Verfasser bespricht die Differentialdiagnose. Die Excision eines Tumors vom Rücken, welche Prof. Majocchi ausführte, brachte die Überzeugung bei, dafs es sich hier um die Bildung einfacher Cysten handelte, deren Inhalt sich nach der Eröffnung als Fett erwies. Das Resultat der chemischen Untersuchung des Inhalts ergab neutrale Reaktion, Anwesenheit von Fetten und insbesondere von Olein und Palmitin, Abwesenheit von Albumin, Buttersäure, Valeriansäure etc. Sodann wird das Resultat der histologischen Untersuchung mitgeteilt. — Aus den Betrachtungen des Verfassers ergeben sich folgende Thatsachen mit Klarheit: 1. „Die erste Ursache für die Entstehung der Cysten bildet ein keratotischer Prozefs, insofern, als sich infolge desselben ein Hindernis für den Austritt des Drüsensekretes bildet. 2. Das in den Follikel ergossene Sekret staut sich hier und bedingt eine Dilatation an dem Punkte der Vereinigung des Drüsenganges mit dem Haarfollikel. 3. Diese Dilatation bleibt ausschliefslich auf den Follikel beschränkt, so dafs die Talgdrüse mit ihren Zellen niemals zur Bildung der Cystenwand beiträgt. 4. Diese Dilatation erscheint beendigt, sobald die Drüse oder ihre Acini aufhören, Fett in die Höhlung der Cyste zu ergiefsen, was nur dann geschieht, wenn der letzte Acinus verschwunden ist. 5. Dieses Verschwinden wird durch eine fortschreitende Atrophie bedingt, welche die Acini infolge des Druckes zwischen Cystenwand und dem umgebenden sklerotischen Bindegewebe, welches sich im Umkreise derselben verdichtet, erleiden. 6. Der Inhalt dieser Cysten ist immer ein reines Fett, da er nur das reine Sekret der Drüsen darstellt. 7. Die Beteiligung der Schweifsdrüsen an der Bildung der beschriebenen Cysten kann mit vollster Sicherheit ausgeschlossen werden."

V. **Über die Resultate mit dem Kochschen Tuberkulin R bei Lupus und Scrophuloderma,** von C. Adrian-Strafsburg i. E. Das Material für die Tuberkulinbehandlung, das Verfasser in den letzten Monaten an Prof. Wolffs Klinik für Hautkrankheiten in Strafsburg zu beobachten Gelegenheit hatte, umfafste 12 Fälle von Lupus, bezw. Scrophuloderma. Von diesen vollendeten die Kur, d. h. ertrugen reaktionslos 20 mg der Urlösung 8 Patienten. Bei 3 Kranken mufste die Kur ausgesetzt oder unterbrochen werden. Ein Patient erhält noch Injektionen. — Die Zahl der Injektionen überhaupt betrug: Bei 8 Kranken mit vollendeter Kur 363, bei 4 Kranken mit unvollendeter Kur 215, zusammen 578. — An Injektionsflüssigkeit wurde verbraucht: Bei 8 Kranken mit vollendeter Kur 1699 mg feste Substanz (169,9 ccm), bei 4 Kranken mit unvollendeter Kur 181 mg feste Substanz (18,1), zusammen 1880 mg feste Substanz (188,0 ccm.). Der Ankaufspreis dieser Menge beträgt 188 (ccm) × 8,50 = 1598 Mark. — Der Ort der Injektionen waren Rücken zwischen den Schulterblättern und seitliche Thoraxpartien. Zur Verdünnung der Urlösung wurde anfangs physiologische Kochsalzlösung allein, später solche mit 20% Glycerinzusatz verwandt. Die Patienten erhielten die Injektion gewöhnlich morgens zwischen 7—8 Uhr. Die Körpertemperatur wurde dreimal täglich per rectum gemessen; Urinuntersuchungen bei allen Patienten morgens und abends vorgenommen. Die Anfangsdosis betrug meist $^1/_{500}$ mg, oft auch $^1/_{1000}$ mg. Die gröfste Zahl der bei einem Kranken gemachten Injektionen betrug 68; die gröfste Gesamtmenge des bei einem Patienten verwandten Tuberkulins betrug 32,85 ccm = 328,5 mg fester Substanz. Die längste Dauer der Kur betrug 216 Tage, die kürzeste 87 Tage. — Bei fast sämtlichen Patienten wurde vor der Einleitung oder bei Beginn derselben Auslöffeln und Ätzungen mit dem Paquelin oder dem galvanokaustischen Apparate vorgenommen. — Der Verfasser giebt das Resultat seiner Beobachtungen in folgenden Schlufssätzen wieder: 1. „Ein einschneidender Unterschied zwischen altem und neuem Tuberkulin besteht in der fehlenden allgemeinen und lokalen Reaktion sowohl beim tuberkulösen wie beim nicht

tuberkulösen Menschen, eine Eigenschaft, die das neue Tuberkulin charakterisiert. 2. Der kurative Erfolg dieses Präparates scheint jedoch nicht über den durch das alte Tuberkulin erreichten hinauszugehen, insbesondere aber die durch die seit Jahren an der hiesigen Klinik für Hautkrankheiten geübte galvanokaustische Behandlung allein erzielten Erfolge nicht zu erreichen. 3. Der von uns zu Hülfe gezogene chirurgische Eingriff neben der Anwendung des neuen Tuberkulins scheint einer der Wege zu sein, die bislang schleppende und unzulängliche Therapie tuberkulöser Hautaffektionen wesentlich zu bereichern und die Heilerfolge zu unterstützen; wenigstens scheint 4. der Erfolg in Fall 2 dieses Urteil zu rechtfertigen und die mächtige auf Heilung zielende Einwirkung des Tuberkulins bei Kombination mit chirurgischem Eingriff zu erweisen. 5. In diesem Falle sowohl, wie in dem Verschwinden eines fluktuierenden Gummas in Fall 1, zahlreicher Scrophulodermata papulosa in Fall 8, einer Eiweifsausscheidung vorher mäfsigen Grades durch den Urin in Fall 10, ist der erreichte Erfolg zum mindesten auffällig. 6. Andere durch das Tuberkulin erzielte Erfolge haben wir leider nicht aufzuweisen, auch bei strenger Durchführung der von Koch gegebenen Vorschriften, und auch die letzt erwähnten Erfolge sind möglicherweise, ebenso wie oft bedeutende Körpergewichtszunahmen, den veränderten Lebensbedingungen der Patienten zuzuschreiben. 7. Absolut wirkungslos erwies sich in unseren Händen das neue Tuberkulin gegenüber tuberkulösen Drüsen- und Knocheneiterungen. Das Tierexperiment hat in dem letzteren Falle hochinteressante Resultate zu Tage gefördert. Als geradezu gefährlich erschien uns die Anwendung des T. R. in einem Falle von den Lupus faciei komplizierender chronischer Nephritis (amyloide Degeneration). Aber auch sonst birgt 8. die Ungleichmäfsigkeit in der Herstellung und Verabreichung des neuen Mittels vorläufig nicht zu unterschätzende Gefahren und Nachteile für das Leben der Patienten in sich. Daneben steht aber 9. die Umständlichkeit und Kostspieligkeit des Verfahrens, sowie die verhältnismäfsig lange Dauer des Experiments der neuen Methode zur Zeit überaus hinderlich im Wege."

VI. **Zur Kenntnis der Spermatocystitis blennorrhoica und ihre Beziehungen zur Überwanderung von Bakterien aus dem Darm in die Blase,** von Carl Fuchs-Wien. Dafs nach Erkrankungen der Prostata und Samenbläschen sich Bakteriurie einstellt, ist eine längst bekannte Thatsache. Weniger klar gelegt sind die näheren Umstände dieser Aufeinanderfolge. Zwei einschlägige Fälle, welche im Ambulatorium des Herrn Dr. Ehrmann zur Beobachtung gelangten, gaben Gelegenheit, einige Klarheit in diesen Kausalnexus zu bringen. — Der eine Patient bekam im Verlaufe einer chronischen Blennorrhoe Tenesmus mit Entleerung einiger Tropfen Bluts am Schlusse des Urinierens. Bei der Untersuchung per rectum konnte man beide Samenbläschen deutlich als zwei härtliche, schmerzhafte Körper durchfühlen und bis an den Rand der nicht merklich veränderten Prostata hin verfolgen. Bei der Untersuchung des zuletzt gelassenen Urins fielen etwa ½ cm lange, wurstförmige, gelatinöse, an der Oberfläche etwas mit Blut tingierte Gebilde auf, welche an die sagoähnlichen, bei Spermatorrhoe und nach Pollutionen auch gesunder Individuen im Urin sich vorfindenden Gebilde lebhaft erinnerten. Sie wurden in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, geschnitten und teils mit Sahlischem Borax-Methylenblau, teils mit Karbolfuchsin gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes Bild: „In einer gelatinösen Masse eingebettet, fanden sich klumpenförmige Haufen von Diplokokken, die an Gröfse und Aussehen vollständig den Gonokokken glichen, die sich mit Gramscher Methode nicht färbten und die auf Fleischpeptongelatine oder Fleischpeptonagar nicht aufgingen. Aus dem Urin herausgefischte Klümpchen auf Blutserum-Agar übertragen, ergaben typische Kolonien von Gonokokken, die mikroskopisch untersucht ebenfalls das Bild der Gonokokken lieferten." — In der Peripherie

eines später entleerten und gehärteten Klümpchens konnte man unter dem Mikroskop stäbchenförmige Bakterien von dem Aussehen des Bacterium coli commune erkennen. Bei der Untersuchung nach der Herkunft resp. Bildungsstätte dieser Klümpchen gelangt Verfasser zu der Annahme, „daſs es sich ursprünglich um eine durch Gonokokken hervorgerufene Entzündung der Samenbläschen handelt; daſs ferner die Gonokokken in dem Sekrete der Samenbläschen einen vortrefflichen Nährboden für ihre Entwickelung gefunden haben und zu groſsen Haufen herangewachsen sind. Die Entzündung der Samenbläschen verursacht eine Desquamation und Schwellung der Epithelzellen, wodurch die bindegewebige Wand der Samenbläschen wahrscheinlich stellenweise entblöſst wird und, wenn noch von seiten des Mastdarmes eine Läsion hinzutritt, der Überwanderung von Darmbakterien, also auch des Bacterium coli eine Einbruchspforte in die Samenbläschen schafft.

Band 45, Heft 2. 1898.

I. **Über Gonokokkenbefunde im Genitalsekrete der Prostituierten,** von W. Kopytowski-Warschau. Verfasser, der vor zwei Jahren die Abteilung der Prostituierten im St. Lazarus-Hospital zu Warschau leitete, pflegte sofort nach der Ankunft der Patienten das Sekret aus dem Cervix uteri gesondert von demjenigen des Urethralkanals und der Bartholinischen Drüsen zu untersuchen. Das Material für die vorliegende Arbeit besteht also aus gesondert angestellten Untersuchungen des vorwiegend eitrigen, nach der Menstruation oder unter gewöhnlichen Umständen gewonnenen Cervikalsekretes, ferner aus Untersuchungen des Sekretes der Bartholinischen Drüsen oder des Abscefsinhaltes und schliefslich des Urethralsekretes. Im ganzen wurden 300 Untersuchungen an 100 Kranken ausgeführt. Im Cervikalsekret, das mehr oder wenig eitrig war, wurden in 9 Fällen (= 9%) Gonokokken vorgefunden. Von 128 Frauen, die im Hospital menstruiert waren, fanden sich in 12 Fällen (= 10%) Gonokokken im Cervikalsekret. Von 25 Frauen, deren Urethralsekret untersucht wurde, fanden sich bei 15 mehr oder weniger reichlich Gonokokken (d. h. in ca. 60% der Fälle). In 16 Fällen wurde das Sekret aus den Ausführungsgängen der Bartholinischen Drüsen und Eiter aus Abscessen untersucht. Gonokokken wurden in 4 Fällen (= 25%) konstatiert. Aus diesen Zahlen ergiebt sich, daſs die Lokalisation der Krankheit bei Blennorrhoe von beträchtlichem Einflusse auf das Vorhandensein von Gonokokken im Eiter ist, daſs die Menstruation keinen Einfluſs auf die Vermehrung der Gonokokken ausübt, obwohl viele Patientinnen behaupten, die blennorrhoische Infektion sei deshalb zu stande gekommen, weil sie zur Zeit des Coitus die Menstruation hatten oder weil die Menstruation eben erst beendigt war. In dieser Beziehung ist von Interesse, daſs im Uterusschleime und noch viel mehr im Vaginalsekrete unmittelbar nach der Menstruation die Zahl der Mikroorganismen sich ungemein vermehrt. Möglicherweise läſst sich durch diese Erscheinung das leichtere Zustandekommen der Tripperinfektion in dieser Periode erklären. — Was die Behandlung betrifft, so bestand dieselbe in periodischem Touchieren des Cervix resp. der ganzen Uterushöhle mit 5—10% Lapislösung oder Jodtinktur oder starken Kupfersulfatlösungen etc., wobei gleichzeitig die Scheide zweimal mit 1—2%iger Karbollösung oder $^1/_4$—$^1/_2$% Zinksulfatlösung gespült wurde. Die Kranken verblieben 3—8 Wochen im Hospital. — Das Resultat der Behandlung ist, was die Beseitigung der Gonokokken aus der Uterushöhle resp. dem Cervikalsekrete betrifft, ein sehr wenig befriedigendes, da nach Beendigung der Kur sich noch in 8% der Fälle (gegen 9 oder 10% im Beginn) Gonokokken im Cervikalsekrete vorfanden. Dagegen wurde aus der Hauptlokalisation der Tripperinfektion, und zwar aus dem Urethralkanal und den Bartholinischen Drüsen das Sekret stets durch die Behandlung beseitigt, sodaſs

die Infektionsfähigkeit bis auf ein Minimum herabgesetzt und somit der Zweck der Hospitalbehandlung annähernd erreicht wurde.

II. **Über luetischen Primäraffekt an den oberen Luftwegen**, von A. Ebner-Königsberg. Verfasser hat gelegentlich einer Dissertationsarbeit über den Primäraffekt an den oberen Luftwegen eine Tabelle über Auftreten, Lokalisation und Infektionsmodus, über Alter und Geschlecht der Patienten zusammengestellt. Diese Tabelle enthält 191 Fälle von Primäraffekt der oberen Luftwege, und zwar im Rachen in 138 Fällen = 72,2%, in der Nase in 28 Fällen = 14,6%, im Nasenrachenraum in 24 Fällen = 12,5%. Unter den 28 Fällen von in der Nase lokalisiertem Primäraffekte befand sich in 8 Fällen der Primäraffekt am Nasenflügel, in 4 am Septum, in 3 an den Nasenlöchern ohne nähere Angabe, ob am Septum, am Flügel oder an beiden gleichzeitig; in 1 Falle an der Nasenwurzel. In den übrigen 12 Fällen war die Nase nur ganz allgemein als Sitz der Infektion angegeben. In einem Falle war der Primäraffekt an der mittleren Muschel lokalisiert. — Von subjektiven Symptomen bei den 24 Fällen von im Nasenrachenraum lokalisierten Primäraffekten werden in 11 Fällen (= 46%) starke Kopf-, Hals- und Rachenschmerzen angegeben. — Unter den 138 Fällen von hartem Schanker im Rachen befindet sich der Primäraffekt in 123 Fällen an den Tonsillen (= 96,8%), in 2 Fällen am vorderen linken Gaumenbogen (= 1,6%), in 1 Falle an der hinteren Rachenwand (= 0,8%), in 1 Falle an der Uvula (= 0,8%). — Unter den 123 Fällen von an den Tonsillen lokalisiertem Primäraffekt ist nur in 56 Fällen angegeben, an welcher Seite die Infektion stattgefunden hatte, und zwar in 28 Fällen an der rechten, in 22 an der linken Tonsille, in 6 Fällen war der Primäraffekt an beiden Tonsillen vorhanden. — Das Geschlecht ist in 113 Fällen verzeichnet, und zwar betrafen dieselben 56 Frauen und 57 Männer. — Der Infektionsmodus war nur in sehr wenigen Fällen zu eruieren. Bei der Infektion der Nase spielt besonders der Finger als Infektionsträger eine Rolle, bei Schanker des Nasenrachenraumes und Rachens kommen vorwiegend infizierte Geräte und der innige Verkehr mit hereditär-luetischen Kindern in Betracht. So fand in 42 Fällen die Infektion durch infizierte Geräte statt, in 14 Fällen geschah die Übertragung durch hereditär-luetische Kinder, in 6 Fällen durch den infizierten Finger, in 3 Fällen durch Küsse.

III. **Über Sarcomatosis cutis**, von Ludwig Merk-Graz. Der Verfasser hat seine Studien an der Leiche eines vor 10 Jahren an allgemeiner Sarkomatose verstorbenen Mannes gemacht. Die Leiche zeigt zahllose, verschieden grofse metastatische Knoten, von denen einzelne exulceriert. Den Ausgangspunkt bildete ein Hautsarkom in der rechten Schultergegend. Es wurde ein grofses Stück Haut von der Brust excidiert, in Alkohol gehärtet und untersucht, um Aufschluſs über die Natur der Knoten und über die Wege zu erhalten, auf denen die Metastasenbildung vor sich gegangen war. Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung wird im folgenden ausführlich mitgeteilt. Jeder Tumor war in der Regel anatomisch aus folgenden Grundelementen zusammengesetzt: Sarkomzellen, weifsen Blutzellen, spärlichen Fasern, roten Blutkörperchen in Endothelzellröhren. Es handelt sich um Sarkome, welche in die Gruppe der Rundzellensarkome gehören. — Um über die allererste Anlage und den Weg, auf dem die Metastasenbildung zu stande kam, Aufschluſs zu erhalten, hat Verfasser eine Reihe von Hautstücken, in denen kleinste Knoten zu sehen waren, in Serienschnitte zerlegt und untersucht. Auf Grund der Befunde gelangt er zu dem Schlusse, daſs die Tumoren in der Lymphbahn, nahe den Anfängen derselben entstehen. Wie jedoch der erste Keim an diese Stelle kommt, vermag er ebensowenig wie viele andere Autoren zu sagen. — Bei Erörterung der Frage der Systematisierung der cutanen Sarkomatose wirft der Verfasser zunächst einen historischen Rückblick

auf die einschlägige Litteratur. Die Einreihung seines Falles in ein jeweiliges System wird sich mit Leichtigkeit bewerkstelligen lassen, wenn derselbe bezeichnet wird als „Sarcoma cutaneum generalisatum praecipue hypodermale teleangiectodes parvo-globocellulare.“ Sodann bespricht der Verfasser die Pigmentierung der Knoten in dem vorliegenden Falle. Die mikroskopische Untersuchung hatte gezeigt, dafs die Braunfärbung der Tumoren nicht den Sarkomzellen als solchen, sondern der Blutstauung und ihren Folgen zuzuschreiben sei. Diese Thatsache steht im Einklange mit den Befunden namhafter Autoren, wie Gussenbauer, Kaposi, Unna, Virchow, welche die Pigmentierung mancher Geschwülste mehr oder weniger von dem Blutreichtum und den Hämorrhagien innerhalb derselben herleiten und mit Nachdruck betonen, dafs man blutige Färbung nicht mit autochthoner Pigmentation verwechseln möge, wenngleich dies nicht immer leicht sei, und dafs jedenfalls zwischen den eigentlichen melanotischen und den hämorrhagisch gefärbten Geschwülsten ein gewisser Unterschied bestehe. Aus diesem Grunde hält Verfasser Unnas Bezeichnung „Acrosarcoma multiplex cutaneum teleangiectodes“ und Kaposis neuere Benennung für viel gerechtfertigter als „Pigmentsarkom.“ Im folgenden unterzieht Verfasser die in der Litteratur niedergelegten Theorien hinsichtlich der Metastasenbildung einer eingehenden Kritik und untersucht, inwieweit sich die anatomischen Befunde in seinem Falle der einen oder anderen dieser Theorien anpassen lassen.

IV. **Unter dem klinischen Bilde einer erworbenen idiopathischen Hautatrophie verlaufende Hyperkeratosis cutis,** von Victor Lion-Berlin. Der Fall betrifft einen 54jährigen Schankwirt, der seine Hände oft in Wasser bringen mufste, der erblich weder für Nerven- noch für Hautkrankheiten belastet ist. Im Sommer 1896 fiel ihm eine eigentümliche Veränderung an den Händen auf, der er jedoch keine weitere Beachtung schenkte. Vom April 1897 ab Abschuppung der Handteller und Handrücken und die allmähliche Entwickelung der gegenwärtigen Affektion. Dieselbe ist charakterisiert durch einen rötlich-gelblichen, glänzenden Farbenton der Haut der Dorsalfläche der Hände und Finger. Besonders an den Fingerrücken fällt eine äufserst stark entwickelte Faltenbildung auf, die der Haut hier ein pergamentartiges Aussehen verleiht. Diese Falten sind bis zu einem gewissen Grade bleibend, sie gleichen sich nur langsam und allmählich aus, zum Teil können sie überhaupt nur durch forciertes Beugen der Hand und der Finger zum Schwinden gebracht werden. Aber auch dann erscheint die Haut noch zu weit für die darunter liegenden Gebilde. Sie ist verdünnt; das Fettgewebe scheint zu fehlen. Sie fühlt sich trocken und kalt an. Das Tastgefühl ist herabgesetzt. Die Affektion ist an beiden Händen ganz symmetrisch. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein kleines, längsovales Stückchen einer der feststehenden Hautfalten von der Dorsalseite der linken Hand excidiert und teils in Alkohol, teils in Müllerscher Flüssigkeit konserviert. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin und mit Alaunkarmin, sowie nach Taenzer mit Orcein und nach Herxheimer mit Hämatoxylinlithionlösung gefärbt. — Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung war folgendes: „Keine Veränderung der Cutis, keinerlei entzündliche Erscheinungen; Schweifs- und Talgdrüsen, sowie Haarbälge in normaler Weise vorhanden. Die Epidermis ist auffallend verdickt, das Stratum corneum auf das Dreifache seiner gewöhnlichen Stärke vermehrt. Elastische Fasern sind deutlich und in normaler Menge sichtbar, eine Veränderung ihrer Form und Färbbarkeit ist nicht zu konstatieren.“ — Nach diesen histologischen Befunden ist die Erkrankung der Hände, welche klinisch an eine erworbene Hautatrophie erinnerte, in die Reihe der Epidermidosen, und zwar der reinen Hyperkeratosen einzureihen.

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.
Band IX, Heft 8.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mit der Bottinischen Operation, von O. Simon. An der Czernyschen Klinik wurden an acht Patienten elf Incisionen mit dem Bottinischen Instrument gemacht, ohne dafs ein bedrohlicher Zwischenfall eintrat. Vier Patienten wurden geheilt, einer bedeutend gebessert, bei dreien versagte die Operation. Zwei Todesfälle waren zu verzeichnen, die aber nicht der Operation zur Last fallen. Verfasser operierte mit einer Stromstärke, die an der Luft dem Platinmesser schwache Weifsglut gab; während der Operation wurde allmählich der Strom etwas verstärkt. Bei den ersten Operationen kam immer nur eine Incision direkt nach hinten in Anwendung, später wurden multiple radiäre Einschnitte gemacht; letzteres scheint von entschiedenem Vorteil zu sein. Man mufs sich mit dem Instrument fest an der Prostata anhaken, damit der Einschnitt nicht zu klein ausfällt; dabei empfiehlt es sich, für den hinteren Schnitt den Griff des Instruments stark zu erheben.

Über Diagnose und Zertrümmerung eingewachsener Blasensteine, von C. Rörig sen. Aufser den freien Blasensteinen, welche leicht zu zertrümmern sind, richtet Verfasser das Augenmerk der Fachgenossen auf solche Blasensteine, die durch Fibrinexsudat an der Blasenwand fixiert sind und die dort entweder eingebettet oder eingekapselt oder eingesackt liegen; die Diagnose derartiger Blasensteine ist etwas schwieriger, da sie bei der Sondenuntersuchung leicht übersehen werden; vor der Zertrümmerung mufs man versuchen, sie mit Sonde oder Lithotriptor aus ihrer Grube herauszuhebeln, um keine Nebenverletzungen zu machen. Zum Schlufs macht Verfasser einen Ausfall gegen Marc, der seiner Lithotripsie angewachsener Blasensteine sehr skeptisch gegenübersteht. *F. Hahn-Bremen.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.
Heft II, 1898.

Leukoplakia vulvae, von Carruccio. Der Fall betrifft eine 17jährige Patientin, welche mit 11 Jahren menstruiert und mit 15 bereits die Ehe eingegangen war. Die Affektion bietet in diesem Falle, der in klinischer, histologischer und bakteriologischer Beziehung genau untersucht wurde, nichts besonderes und stimmt mit den Angaben von Leloir und Stanziale überein. Ätiologisch konnte weder die Syphilis noch chemische oder mechanische Agentien, noch konstitutionelle Leiden (harnsaure Diathese etc.) in Frage kommen. Vielleicht ist hier in dieser Beziehung ein besonderer kongestiver Zustand der Genitalien bei dieser frühreifen Patientin in Betracht zu ziehen.

Die trophischen Erscheinungen beim sogenannten primären Pigmentsarkom der Haut, von U. Zerbini. Die beiden beschriebenen Fälle stimmen in folgenden Punkten miteinander überein: Vorhandensein von Verdünnung, mit vermehrter Konsistenz, Verlust der Elasticität, Einsenkung (Atrophie) der Haut; von Flecken an den Stellen, wo vorher Knötchen, Papeln, diffuse hämorrhagische Verdickungen waren; von Sensibilitätsstörungen an den genannten Stellen (heftige Schmerzen, Dysästhesien); von Atrophien in ausgedehnten, von einem Hautnerven innervierten Bezirken; hypertrophische Erscheinungen in einzelnen von der Neubildung verschonten Organen; atrophische Erscheinungen (Hemiatrophia facialis progressiva); Stasen in den Blutkapillaren und Ödem der unteren Extremitäten und des Gesichtes; Hypertrophie des adipösen Gewebes, besonders der Mammae, der Nates, der Handteller. Therapeutisch hat sich die Fowlersche Lösung vorzüglich bewährt.

Leprachronik der Klinik, von CAMPANA. Verfasser betont noch einmal die Notwendigkeit, beim Anlegen von Leprabacillenkulturen nach einer bestimmten, von ihm in einem früheren Hefte angegebenen Methode vorzugehen, wenn man nicht zu kontradiktorischen Resultaten gelangen will. *C. Müller-Genf.*

Besprechungen.

Praktikum der wissenschaftlichen Photographie, von C. KAISERLING. (Berlin, 1898. G. Schmidt.) Ein wirkliches Praktikum im besten Sinne des Wortes. Der Verfasser giebt nichts, als was er, selbst arbeitend, forschend und lehrend, als gut und empfehlenswert erkannt hat, und so wird sein Buch allen denen ein nützlicher Wegweiser sein, welche auf irgend einem wissenschaftlichen Gebiete sich der Photographie als Hülfsmittel bedienen müssen. Als ein besonderer Vorzug muſs es rühmend anerkannt werden, daſs der Verfasser, wie er selbst keine groſsen Mittel und kein kostspieliges Instrumentarium zur Verfügung hatte, stets beflissen ist, die einfachsten Mittel und Wege, die zum Ziele führen, zu schildern und mit Vorliebe bei dem kleinen, schwierig zu lernenden und doch so wichtigen technischen Detail verweilt. Deshalb wird sein Buch ganz besonders den vielen privaten Laboratorien, die über keine groſsen Geldmittel verfügen, unentbehrlich sein. Auch die Darstellung ist demgemäſs einfach, der mathematische Apparat in den physikalischen Kapiteln auf ein notwendiges Minimum beschränkt und leicht verständlich. An Einzelheiten seien hervorgehoben, daſs der Verfasser für Entwickelung von Mikrophotogrammen, übrigens aber auch für alle Momentphotogramme und für mit Farbenfiltern hergestellte Negative einen kombinierten Metol-Hydrochinon-Entwickler empfiehlt, dessen ziemlich universelle Leistungsfähigkeit auch sonst anerkannt ist. Von den Emulsionspapieren giebt er den Gelatine- vor den Celloidinpapieren den Vorzug, in der Mikrophotographie den Apochromaten nur bei starken Vergröſserungen und Ölimmersion vor den Achromaten, während er bei schwachen Vergröſserungen und dicken Schnitten Achromate ohne Ocular benutzt. Dieses letztere Kapitel ist besonders lesenswert und reich an persönlichen, für die Arbeit sehr brauchbaren Erfahrungen. Für sehr richtig und zeitgemäſs hält Referent die Kritik des nur in der Theorie zu Recht bestehenden Satzes, daſs die Lichtquelle genau in die Objektebene projiziert werden müsse, an den sich in praxi mit Recht niemand hält. Überhaupt zeigt der Verfasser in diesem Kapitel auf das glänzendste seine Begabung, Theorie und Praxis zu vereinigen dadurch, daſs er letztere nach einer sehr kurzen theoretischen Einleitung zunächst ausführlich zu Worte kommen läſst, um erst nachträglich einzelne dunkel gebliebene Stellen durch das Licht der Theorie zu erhellen. Ein bescheidenes Fragezeichen möchte Referent der Angabe hinzufügen (pag. 273), daſs das Präparat bei viel cellulärem Detail die „Schnittdicke von 1 μ kaum übersteigen" dürfe. Man bedenke, was das heiſst: 6 derartige aufeinander gelegte Schnitte würden die Dicke eines roten Blutkörperchens erreichen. Referent gesteht, daſs er noch nie so glücklich war, in Besitz solcher 1 μ Schnitte zu kommen, und wäre dem Verfasser für Überlassung eines solchen sehr dankbar. Schnitte von 3—5, ja von 10 μ Dicke, wenn nur die zu photographierenden Elemente derselben scharf und isoliert gefärbt sind und das Schattenbild zu Gunsten des Farbenbildes durch Licht möglichst ausgelöscht wird, genügen nach Erfahrung des Referenten in den meisten Fällen vollkommen. Interessant ist das Urteil des Verfassers über die

Röntgendurchstrahlung. Auf Grund ausgedehnter eigener Versuche über die Verwendbarkeit der Durchleuchtung für die Diagnostik innerer Erkrankungen an Leichen und Prüfung dieser Resultate durch die unmittelbar darauf folgende Sektion, ist der Verfasser ein grofser Skeptiker geworden und mifst der Methode nur einen beschränkten Wert als unterstützendes Moment bei der Diagnose zu. Um so begeisterter tritt er für die ausgedehntere Verwertung der Stereoskop-Photographie ein; leider schliefst dieses Kapitel, wie nicht anders zu erwarten war, damit, dafs die Mikrostereoskopie, die neben dem propädeutischen einen rein wissenschaftlichen Zweck aufweisen könnte, ihre Kinderschuhe noch nicht ausgetreten hat. — Das Buch von KAISERLING kann jedem wissenschaftlich denkenden Menschen empfohlen werden, welcher sich mit photographischen Arbeiten zu beschäftigen hat; es führt mitten in die Praxis ein, befriedigt das theoretische Bedürfnis und giebt überall Anregung zu selbständigem Forschen. *Unna.*

Blennorrhoe und Ehe, von JULLIEN-Paris. (Baillière et fils; Paris.) Wer zweifelte, dafs der bekannte Pariser Arzt vom Hôpital Saint-Lazare berufen sei, in einer so überaus wichtigen Frage des öffentlichen hygienischen Lebens seine wertvollen Anschauungen über Ehe und Blennorrhoe zur allgemeinen Kenntnis zu bringen? Die Arbeit mufs als ein wichtiger Beitrag zu diesem Thema seitens eines erfahrenen Praktikers betrachtet werden. In der Einleitung behandelt der Verfasser das ärztliche Berufsgeheimnis in Bezug auf blennorrhoisch erkrankte Patienten. Natürlich vertritt er den Standpunkt, dafs das Geheimnis des sich ihm anvertrauenden Blennorrhoikers auf alle Fälle gewahrt werden mufs, andererseits aber plaidiert er in Hinsicht auf die enormen physischen Gefahren, die seitens blennorrhoisch kranker Männer den Ehefrauen drohen, für eine möglichst weitgehende Verbreitung genauer Kenntnisse über die Ansteckungsfähigkeit der Blennorrhoe und ihrer Gefahren für die Ehe. Mit dem Ernst, der für die Sache erforderlich ist, verbindet das Buch eine Reihe köstlicher Erlebnisse, wie sie einem Pariser Venereologen passieren können. Dabei ist die Arbeit ganz wissenschaftlich gehalten. Es ist ausgeschlossen, die einzelnen Kapitel hier nur im Auszug wiederzugeben, zumal sie absolut Neues nicht enthalten. JULLIEN behandelt die Blennorrhoe zuerst des Mannes, dann der Frau, und zwar im akuten, im chronischen Stadium und geheilt. Jedes Kapitel zerfällt in die drei Unterabteilungen: vor jedem Heiratsgedanken, nach Festsetzung des Tages der Verheiratung und nach der Hochzeit. Ein Kapitel, um etwas aus dem Buche herauszugreifen, behandelt den Gonococcus in seinem klinischen, mikroskopischen und kulturellen Verhalten. JULLIEN unterscheidet je nach Anwesenheit oder Fehlen desselben die Blennorrhagie, unsere Blennorrhoe, und die Blennorrhoiden oder Urethritiden ohne Gonokokken. Letztere können eine innere Ursache haben oder eine äufsere. Die erstere kann auf einer Diathese beruhen, wie beim Rheumatismus, Gicht und Arthritis, auf einer Infektion, wie bei Tuberkulose, Syphilis, Typhus u. a., oder auf einer Toxinwirkung ab ingestis (Kantharidien, Spargel, Bier, Jodkalium). Die äufseren Ursachen können sein: traumatisch (Exkoriation, Fremdkörper, Verbrennung, Mifsbrauch bei Injektionen) oder venerisch (Erektionen, Masturbation, Coitus mit Übertragung von nicht blennorrhoischen Mikrobien oder ohne solche) postblennorrhoische Sekretionen. — Im selben Kapitel geht dann Verfasser noch die verschiedenen Untersuchungsmethoden der Harnröhre und des Urins und seines Inhalts durch. (Inspektion, Gläserproben, Urethroskop, Instrumente.) Die Heilung wird eine vollkommene sein, wenn nach dem verordneten Genufs von viel Spirituosen und gewürzten Speisen aller Art keine Spur von Sekretion mehr auftritt und eine durch Höllenstein oder Kupfersulfat (1 : 50) oder Sublimat (2 : 1000) erzeugte Reizung der Harnröhre, die sich in starkem Ausflufs äufsert, von selbst sich total zurückbildet. Im entgegen-

gesetzten Fall bleibt Sekretion bestehen, und man findet im Sekret wieder Gonokokken. — Referent empfiehlt jedem Spezialkollegen die Lektüre des hochinteressanten Buches aufs wärmste. Alle einem Venereologen vorkommenden Situationen, wie sie sich aus der Pathologie und Hygiene des prä- und intramatrimoniellen Lebens ergeben, sind mit gröfster Realität und Wahrheit geschildert. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Syphilis.

Aus der Praxis des Kampfes gegen die Syphilis, von CHRISTIAN STROEMBERG. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 51.) Verfasser wendet sich gegen einige der bekannten Gründe der Abolitionisten und befürwortet eine gut geregelte Kontrolle der Prostituierten. Seine in Dorpat gemachten Erfahrungen bestätigen den Rückgang der Syphilis nach Einführung einer sorgsamen Kontrolle.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Ätiologie der Syphilis maligna, von I. NEUMANN. (*Wien. med. Presse.* 1897, No. 5.) Verfasser befafst sich mit den Thesen von TARNOWSKY, welche derselbe am 3. internationalen Kongrefs der Dermatologen in London („Zur Ätiologie der Syphilis maligna", cfr. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XXIII, 1896.) vorgetragen hat, und unterzieht selbe einer Kritik. Bekanntlich lautet eine der Thesen TARNOWSKYS, dafs die Syphilis ihren Verlauf ändert und sich in besonderen schweren Formen äufsert infolge gleichzeitiger Infektion des Organismus mit der Syphilis und mit pyogenen Kokken. Verfasser verweist nun auf die Erfahrung hin, dafs weitaus die überwiegenden Fälle von eitrigen Sklerosen von regelmäfsig verlaufender Syphilis gefolgt sind und die maligne Form nur seltene Ausnahmen bildet und nur unter besonderen Bedingungen in Einzelfällen eintritt. Weiter lehrt die Erfahrung, dafs von durch eine und dieselbe benigne Syphilis infizierten Individuen die einen eine regelmäfsig verlaufende Syphilis acquirieren, während sie bei anderen einen malignen Charakter hat. Auch auf trockene Sklerosen (Papeln) können sich pustulöse Eruptionen entwickeln. Es ist also nicht die Qualität des syphilitischen Primäraffektes mafsgebend für die künftige Reaktion des Organismus, sondern die Verschiedenheit der Individualität. Im Organismus müssen Bedingungen geschaffen sein, so z. B. gewisse Konstitutionen, Alkoholiker, Diabetiker etc., ungünstige hygienische Verhältnisse, schlechte Ernährung, Unreinlichkeit, schlechte Wohnungsverhältnisse, vorgeschrittenes Alter, welche dann für die Entwickelung der malignen Form leicht ein ätiologisches Moment abgeben. Die Ergründung der Faktoren, warum die pyogenen Bakterien in manchen Fällen zur Wirkung gelangen, bleiben eigentlich noch der Forschung übrig. Und wenn es auch ein Verdienst TARNOWSKYS ist, darauf hingewiesen zu haben, dafs die pyogenen Bakterien bei den malignen Formen effektiv intervenieren, dafs also diese Manifestationen die Produkte einer Mischinfektion von Syphilis und pyogenen Bakterien bilden, so ist dieser Vorgang noch bei weitem nicht aufgeklärt. Verfasser glaubt, dies in erster Linie auf die besondere individuelle Konstitution der Gewebe zurückführen zu können, indem ja erwiesen ist, dafs dieselben auf die Einwirkung derselben Bakterienart auch in verschiedenartiger Weise reagieren. Diese individuellen Verhältnisse können also schon bei der ersten Infektion mit Syphilis gegeben sein, oder in jedem Stadium des Syphilisprozesses eintreten. *Alpár-Budapest.*

Mitteilungen über Fälle von Syphilis, von James Johnston-New York. (*Med. News.* 22. Januar 1898.)

Syphilis gummatosa praecox: Verfasser schildert einen Fall von Lues bei einer 35jährigen Patientin, bei der drei Monate nach erfolgter Infektion über den ganzen Körper verstreute Gummata von verschiedener Größe auftraten, und zwar im direkten Anschluß an die Erscheinungen der Sekundärperiode. Unter kombinierter Behandlung (Inunktionen und Jodkalium) erfolgte Heilung.

Nierenentzündung im Frühstadium der Syphilis: Es handelt sich um den Mann der eben beschriebenen Patientin, der fünf Monate nach der Ansteckung mit Syphilis Verfasser aufsucht und von luetischen Erscheinungen Schleimhautplaques im Munde zeigte. Die hervortretendsten Symptome des heruntergekommenen Mannes waren Anämie und Ödem der Beine. Urin (1028 spezifisch schwer) wies Eiweiß auf (Epithelien). Milchdiät und Inunktionen brachten keine Besserung. Es trat die Boulimie der Syphilitiker auf, wie sie Fournier beschrieben hat. Besserung erfolgte, als neben Milchdiät noch Jodeisensyrup mit Leberthran und Phosphor gegeben wurden. Die Nephritis läuft ab. Später soll zu spezifischer Therapie zurückgekehrt werden.

Syphilitische Muskelentzündung. Johnston berichtet über zwei Fälle von syphilitischer Entzündung des Sternocleidomastoideus (Schwellung, Steifheit, Schmerzhaftigkeit), und zwar der interstitiellen Form, neben der es noch eine gummöse giebt. Meist wird bei Myositis syphilitica ein einziger Muskel ergriffen, am häufigsten der Gastrocnemius, dann der Biceps, Sphincter ani, Masseter und Sternocleidomastoideus, andere selten. Spezifische Therapie bringt Heilung. Auffällig in beiden Fällen ist das Auftreten der Myositis vor Ende des zweiten Jahres.

Eugen Hopf-Dresden.

Syphilis als Heilmittel, von J. Ross MacMahon-Aberdeen. (*Lancet.* 27. Nov. 1897.) Ein junger Mann litt seit seinem 18. Lebensjahre an einem Lupus der linken Wange, der mit verschiedenen Mitteln behandelt wurde, aber keine Besserung aufwies. Andererseits war auch nach Aussetzen jeglicher Therapie kein Fortschreiten des Leidens zu konstatieren, welches also nicht sehr bösartig war und Patienten schließlich kaum mehr darauf achten ließ. Im 27. Lebensjahre acquirierte er eine typische Syphilis und gebrauchte zwei Monate lang eine Hg-Kur. Einige Monate später war ein serpiginöses Syphilid am Hals erschienen und breitete sich rasch (nach 8—10 Tagen) auf die Wange gerade über die lupöse Stelle aus, welche etwa 7 cm in der Länge und 4 cm in der Breite maß und von dem neuen Ausschlag beinahe völlig überdeckt wurde. Es wurde keine Allgemeinkur eingeleitet, sondern nur lokal Hgpflaster aufgelegt. Der Lupus bildete bald zusammen mit dem Syphilid eine bis in das Unterhautzellgewebe reichende geschwürige Fläche. Nun wurde lokal Jodoformsalbe und innerlich Hg verordnet, dessen Dosis allmählich erhöht wurde; späterhin wurde noch Jodkalium in kleinen Mengen zugegeben. Die Geschwürsfläche begann langsam abzuheilen und nach 8—9 Wochen war eine purpurrote, ziemlich gleichförmige Narbe entstanden und nur da waren ein paar Lupusknötchen zurückgeblieben, wo die Syphilis die ursprüngliche Neubildung nicht erreicht hatte. Diese wurden noch mit dem Thermokauter und milder Hg-Salbe behandelt, ersterer wurde nach drei Monaten, wo die Narbe eine weißliche Farbe angenommen, wiederum an 1—2 neu aufgetretenen Lupusknötchen appliziert. Die Narbe ist im ganzen nicht sehr entstellend und dem Patienten viel weniger unangenehm als der Lupus, welcher zudem die Gefahr progressiven Wachstums (auch in diesem Falle?) in sich trägt.

Stern-München.

Ein Fall scheinbarer Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation, von J. A. Coutts-London. (*Lancet.* 22. Jan. 1898.) Die Frage der Übertragung der

Syphilis von Grofsvater auf Enkelkinder ist eher von grofser theoretischer wie praktischer Bedeutung und Coutts kommt sowohl nach seiner eigenen Erfahrung wie nach der sehr eingehenden Arbeit, welche Ogilvie vor kurzem über dieses Thema geliefert hat (*The Brit. Journ. of Derm.* Okt. u. Nov. 1897) und worüber in dieser Zeitschrift berichtet wurde (XXV, S. 518 und XXVI, S. 147), zu der Überzeugung, dafs die Möglichkeit gedachter Übertragung vor dem Forum strenger Wissenschaftlichkeit nicht Stand halten kann. E. führt einen Fall vor, wo zwei Vettern an ganz identischen tertiären Erscheinungen (Gummata an Brustbein und drei Rippen) erkrankten, ohne dafs von Primär- oder Sekundärläsionen ihnen etwas bekannt war und ohne dafs deren resp. Väter jemals eine Spur von Syphilis gezeigt hätten; der gemeinsame Vater der beiden letzteren erreichte ein ziemlich hohes Alter und bezüglich einer syphilitischen Erkrankung desselben konnte absolut Sicheres nicht eruiert werden. C. fafst diesen merkwürdigen Fall vielmehr als den Beweis einer gewissen Familiendisposition auf, welche sich darin kund giebt, dafs eine Krankheit bei verschiedenen Familienmitgliedern mit Vorliebe die gleichen Organe befällt. Ohne die Übertragung auf die dritte Generation bei Syphilis, bei welcher „alles möglich sei", für völlig ausgeschlossen zu halten, kann C. wenigstens noch keinen der bis jetzt herangezogenen Fälle für beweiskräftig genug ansehen. *Stern-München.*

Spyrocolon und Syphilis in Griechenland, von Achilles Rox-New York. (*Med. News.* 11. Dez. 1897.) Kein Land Europas ist weniger heimgesucht von Syphilis wie Griechenland. Die Ursache davon ist, dafs sich die Bevölkerung zu 55,27% aus Landbewohnern zusammensetzt, öffentliche Häuser nur in einigen gröfseren Städten bestehen, dafs der Verkehr im Lande oder nach dem Auslande beschränkt ist und die Sitten strenge sind. Die Eingangspforten der Syphilis für Griechenland bildeten die Hafenstädte, besonders die jonischen Inseln, und zwar seit Ende des vorigen Jahrhunderts, wo Handel und Schiffahrt einen Aufschwung erfuhren. Von Albanien aus wurde im zweiten Viertel unseres Saeculums nach Griechenland das Spyrocolon Scerlievo eingeführt. Hauptsächlich die nördlichen Provinzen wurden befallen. Der gröfsere Teil der Ärzte hielt die Krankheit für Syphilis oder eine bisher noch unbeschriebene Form der Lepra, Wiboner identifizierte sie mit Scerlievo und Radesyge (1841.) Die Eingeborenen nannten sie Spyrocolon oder Orchida. — Die Symptome waren: Im Beginn Schwindelanfälle mit Frösten und Kopfschmerzen. Nach kurzem oder langem Bestehen der Kopfschmerzen treten Glieder-, besonders Gelenkschmerzen mit nächtlichen Exacerbationen auf, später Hauterscheinungen und Schleimhauteruptionen und kondylomartige Affektionen anderer Körperteile. Die Stimme wird heiser, Dyspnoe tritt auf, die Menses cessieren bei Weibern; die Krankheit dauert jahrelang und geht in Tabes über, das konstanteste Symptom ist bleibende Heiserkeit. Antisyphilitische Therapie war erfolgreich. Für die Krankheit, neben der in den Städten auch wahre Syphilis auftrat, wurden sogar besondere Krankenhäuser errichtet. Eine erschöpfende Arbeit über den Gegenstand veröffentlichte Albanarius.
Eugen Hopf-Dresden.

Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der Syphilis des Kindes? von Hyde. (*Medical News.* Dezember 1897.) Unter infantiler Syphilis fafst H. die syphilitische Erkrankung des Uterinlebens, die extrauterine hereditäre und die erworbene Lues des Kindesalters zusammen. Die Lues noch nicht geborener Kinder bleibt oft ganz unbeeinflufst durch die Behandlung, während das bei erworbener Lues eine Ausnahme bildet. Infantile Syphilis ist viel häufiger unter der armen Bevölkerung. Der Reiche kann sich eher eine entsprechende Behandlung angedeihen lassen, er heiratet meist erst nach seiner vollständigen Heilung, kann sich und Familie besser ernähren,

alles Dinge, die in den niederen Bevölkerungsklassen hinwegfallen. — Bei 1700 Schwangerschaften syphilitischer Frauen kamen 579 Aborte, Fehl- und Totgeburten vor, also bei fast $^1/_3$ erfolgte der Tod des Fötus. Häufig erfolgen bei Diagnostizierung der Lues Irrtümer in positivem wie negativem Sinne. Keine andere Krankheit wird so oft verkannt und anderenteils so oft zu Unrecht vermutet wie die Lues. Das gilt wohl auch für manche Statistik. Aus der oben erwähnten geht weiters noch hervor, dafs im Laufe der ersten zwölf Lebensmonate 956 starben. Also zusammen 1535 von 1700, d. h. fast 95%, nach anderen Autoren 60—90%. — H. stellt die Syphilis in eine Reihe mit den Granulationsgeschwülsten; entweder genügt die Anwesenheit des ihr wohl zukommenden Bacillus oder seiner Toxine zur Erzeugung der Krankheit. Ein Unterschied in der Virulenz des Giftes von Mutter oder Vater existiert nicht. Wenn beide Eltern erkrankt sind, zeigt die Lues des Kindes ein schwereres Bild, ebenso auch dann, wenn die Syphilis des Ascendenten in Blüte steht, leichter wenn sie im Abnehmen begriffen ist. — Ein grofser Teil der syphilitischen Kinder, die dem Tode verfallen wären, bleiben am Leben, wenn sie gestillt werden. Henoch meint, dafs alle syphilitischen Kinder ohne solche Ernährung sterben, Widerhofer giebt 99% Todesfälle bei künstlicher Ernährung an. — Was die erworbene kindliche Syphilis anbelangt, so stehen Verfasser 18 von ihm beobachtete Fälle zur Verfügung (Fournier 42); die Ansteckung erfolgte fünfmal durch die Impfung, zweimal durch unreine Instrumente, zweimal durch Küsse syphilitischer Weiber, einmal durch gleichzeitige Benützung des Bettes durch den kranken Vater, in den anderen acht Fällen auf unbekannte Weise. Alle betrafen Kinder der niedrigsten Klassen der Bevölkerung. — Die Heilungstendenz der so erkrankten Kinder ist im Gegensatz zu den schon vor der Geburt infizierten eine enorm grofse, 98—100%. Verfasser erwähnt auch einen von ihm beobachteten Fall der seltenen syphilitischen Infektion bei der Geburt. Sklerose am Ohr des Kindes durch unreine Zange des Geburtshelfers. Deutliche Sekundärerscheinungen. Papeln im Mund. Infektion der stillenden Mutter. Sklerose an deren Brustwarze mit sekundären Folgezuständen. *Eugen Hopf-Dresden.*

Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der Syphilis? von Taylor-New York. (*Medical News.* Oktober 1897.) Verfasser, der die Ähnlichkeit der Syphilis in vielen Punkten mit der Lepra betont, glaubt, dafs dieser Umstand ganz besonders dafür spricht, dafs wir es bei ihr mit einem bacillären Leiden zu thun haben, dessen Erreger zur Zeit noch unbekannt ist. — T. excidierte und untersuchte eine Initialläsion, vier Tage nach ihrem Auftreten. Er fand erstens die perivaskulären Räume beider Arten von Blutgefäfsen erfüllt mit Anhäufungen kleiner runder Zellen, die die Gefäfse umgaben wie ein Ärmel den Arm. Ferner fand T. Schwellung und Wucherung der Endothelien, bis zur Thrombenbildung. Die erst erwähnten Zellanhäufungen sind wahrscheinlich durch Proliferation der Bindegewebszellen der Adventitia entstanden. Obgleich die Initialläsion minimal war, erstreckten sich doch diese Gewebsveränderungen schon auf ein Gebiet von 1 Zoll im Umkreis. Man ersieht hieraus, dafs die Excision einer Sklerose die Allgemeininfektion nicht verhindern kann. Die Gefäfsveränderung beginnt aller Voraussicht nach schon ehe sichtbare Veränderungen der Läsionsstelle auftreten. Das Virus wird nach T.s Ansicht in den Zellproliferationen der perivaskulären Lymphräume gebildet. Die Übertragung der Syphilis kann durch die Initialläsion wie durch sekundäre Produkte, wie durchs Blut in gleicher Weise erfolgen. Die Schwere oder Leichtigkeit des Verlaufes hängt nur vom Zustand des Individuums ab, nicht von der Virulenz des syphilitischen Giftes, noch der Extension des Primäraffektes. Induriertes Ödem, Gangrän, Phagedänismus dürfen nicht immer als prognostisches Moment für einen schweren Verlauf angesehen werden. Sie rühren zum Teil von Mischinfektionen her, die eher zerstörend auf das syphilitische

Virus wirken. Auch daſs extragenitale Infektion besonders schwere Folgesymptome zeitigt, bestreitet Verfasser in Übereinstimmung mit Fournier und Haslund. Schwerer wird in diesen Fällen die Lues allerdings oft durch falsche Diagnosen von Ärzten, wodurch die Fälle verschleppt werden. Infolge verbesserter Therapie und hygienischer Zustände wie infolge von gröſster Sauberkeit verbunden mit der Antisepsis, vielleicht auch, weil viele Menschen von heute zum Teil immunisiert gegen Lues sind durchs Blut mancher Vorfahren, sieht man heutzutage weniger Fälle von Lues maligna praecox und schweren tertiären Prozessen wie vor 25 Jahren. — Bleiben von den Zellinfiltrationen, die die Pathologie der allgemeinen Syphilis bilden, infolge nicht ausreichender Kuren einige der kranken Zellen zurück (wahrscheinlich um die Blutgefäſse herum), so sind diese die Ausgangspunkte tertiärer Erscheinungen.

Eugen Hopf-Dresden.

Ein Fall von atypischer Syphilis (Syphilis gravis), geheilt durch die spezifische Methode von Aachen und gleichzeitige chirurgische Behandlung, von B. Brandis und T. Thissen in Aachen. (*Brit. Med. Journ.* 1898.) Ein 62jähriger Mann, früher häufigen Malariaanfällen ausgesetzt gewesen, zieht sich ein Geschwür am Penis zu, welches auf lokale Behandlung heilt. Keine der bekannten Sekundärerscheinungen tritt auf, aber statt dessen und augenscheinlich in Verbindung mit einer schweren Influenza stellt sich lang dauerndes, sehr stark schwächendes Fieber ein, welches weder auf Chinin noch Klimawechsel hin weicht, und von Nekrose einiger Kehlkopfknorpel und des Schienbeins gefolgt ist. Etwa 7 Monate nach der Primärinfektion wird Jodkalium gegeben, anfangs mit augenscheinlichem Erfolge, welcher aber nur von kurzer Dauer. Auch Hg-Einreibungen wurden späterhin mit wenig Erfolg verordnet und mehrmalige operative Eingriffe am Kehlkopfe vorgenommen (Tracheotomie). Etwa $1^1/_2$ Jahre nach der Primäraffektion wurde Patient nach Aachen gesandt; nach $2^1/_2$monatlicher Dauer der dortigen Kur, welche in energischen Hg-Einreibungen und Bädern, entsprechender Diät und viel Bewegung in frischer Luft bestand, und während welcher aus dem Kehlkopfe noch abgestorbene Partikelchen von Knorpeln genommen wurden und schlieſslich die Trachealkanüle entfernt werden konnte, ist völlige Heilung eingetreten. Im Mai d. J., etwa 9 Monate nach dieser Kur, ergab nochmalige genaue Untersuchung den Bestand der Heilung. Wenn einerseits bekannt ist, daſs im Verlaufe einer Syphilis auftretende Krankheiten, wie Scharlach, Typhus, Erysipel, auf eine Zeit lang, zuweilen sogar für immer, die Symptome der Syphilis zum Verschwinden bringen, so giebt es andererseits auch Fälle, wo neben dem syphilitischen Virus noch ein zweites auf den Organismus einwirken und der syphilitischen Affektion ein ganz anderes und meist viel schlimmeres Aussehen verleihen kann; in diese Kategorie ist nach der beiden Berichterstatter Ansicht der vorliegende Fall zu rechnen. Dieselben betonen noch ausdrücklich die Wirksamkeit möglichst energischer Kuren für solch' maligne Fälle und fügen schlieſslich noch Bemerkungen über die hier notwendig gewesenen Kehlkopfoperationen hinzu.

Stern-München.

Einimpfung von Schanker durch den Höllensteinstift, von Burwinkel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 6.) Ein 24jähriger Bauerssohn zeigte an der Nase ausgedehnte Zerstörungen der Nasenspitze, Nasenflügel, Nasenscheidewand, die bisher als Lupus aufgefaſst waren. Verfasser leitete eine spezifische Kur ein, da die stark geschwollenen Cervikaldrüsen ihm auffielen. Es trat vollkommene Vernarbung ein. Die Anamnese ergab, daſs Patient im zwölften Lebensjahre von einem Arzt an der Nase mit dem Höllensteinstift geätzt war, und sich seit jener Zeit das fressende Geschwür entwickelt hatte. Verfasser nimmt an, daſs die Inokulation des Virus lueticum durch den Höllensteinstift geschehen ist. (Solche auf Anamnese über zwölf Jahre zurück-

liegende Vorgänge gegründete Schlüsse sind doch sehr anfechtbar. Sollten diese Zerstörungen wirklich noch der Ausdruck eines luetischen Primäraffekts sein, der zwölf Jahre fortbesteht? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Augenlider, von R. Gayzow. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1898. No. 6.) Ein 15 Monate altes Kind zeigt Rötung und Schwellung der beiden Augenlider rechterseits; am innern Augenwinkel sitzt ein Geschwür, welches beide Lider ergriffen hat. Die Ränder sind ziemlich scharf, wenig erhaben, nicht sehr hart; vor dem rechten Ohre eine geschwollene Drüse. Auch die andern Drüsen sind etwas vergrößert. Nach mehreren Wochen Ausbruch der Sekundärerscheinungen. Die Infektion war wahrscheinlich durch den Vater erfolgt.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Extragenitale Primäraffekte stellte Bieck in der Gesellschaft der Charité-Ärzte (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 49) vor. Die extragenitale Infektion findet am häufigsten statt an Analöffnung, Mund und Brüsten. In zwei von fünfzehn Fällen war das Kinn resp. der Oberarm betroffen. Eine kluge Frau hatte im letzten Falle der über Schmerzen im Oberarm klagenden Patientin denselben geknetet, ihre Finger dabei mit ihrem Speichel benetzt und eine vorhandene Hautläsion infiziert. Schwer zu diagnostizieren sind die Analschanker, die rhagadenförmig bleiben können, leichter die Mammillarschanker und Mundschanker. An der Zunge ist besonders die Spitze der Sitz des Primäraffekts. Die Tonsillenschanker haben gewöhnlich die Form einer Schleimpapel, sind einseitig und bewirken stets eine erhebliche Schwellung der entsprechenden Submaxillardrüsen. — Der Vortragende stellte dann noch einen Primäraffekt in der Nase vor mit knorpelharter Schwellung der kranken Nasenhälfte, Infiltration der Schleimhaut, besonders am Septum, und zahlreichen Fissuren in derselben. — Wichtig für die Diagnose ist stets die Anschwellung der regionären Lymphdrüsen. — Die Behandlung muß bei extragenitalen Primäraffekten schon vor dem Erscheinen der Sekundärsymptome einsetzen, weil diese Primäraffekte leicht tiefere Zerstörungen bewirken, gewöhnlich ein schwereres Sekundärstadium nach sich ziehen und endlich eine größere Gefahr der Übertragung involvieren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Initialsklerose der Lippe infolge wahrscheinlicher Infektion durch einen Schminkstift, von Montgomery-San Francisco. (*Medical News.* Dezember 1897.) Verfasser berichtet über einen Fall von Übertragung der Syphilis durch einen Schminkstift. In San Francisco pflegen die Friseure nach beendeter Prozedur ihren Kunden mit einem Rotstift die Lippen zu färben. Um ihn zu befeuchten, ziehen sie ihn erst durch ihre eignen Lippen. So ist eine Übertragung nicht nur von Barbier auf Kunden, sondern auch von Kunden auf Barbier und mit Vermittlung des letzteren von einem auf den andern Besucher der Frisierstube möglich. Diese Art der Infektion erinnert an die Reiheninfektion der Glasbläser mit Lues. Auch spricht Verfasser hier wieder die Mahnung aus, alle Lapisstifte in Acht und Bann zu thun. Leider kann M. bei diesem Fall von Lippensklerose eine andere, gewöhnlichere Infektionsquelle nicht ausschließen. *Eugen Hopf-Dresden.*

Über zosterförmige Syphilide, von Spillmann und Etienne-Nancy. (*Presse méd.* No. 104, 1897.) Die beiden interessanten Fälle bestätigen den Einfluß des Nervensystems bei der Entstehung spezifischer Eruptionen. In dem ersteren Falle handelte es sich um einen Pigmentnävus, der genau das Innervationsgebiet des achten Intercostalnerven einnahm. Auf diesem Nävus entwickelte sich nun ein papulo-squamöses Syphilid, das scharf auf die pigmentierten Stellen beschränkt blieb.

Aufserdem bestanden syphilitische Efflorescenzen an andern Körperstellen (Hals, Gesicht, Lippen), sowie Lymphdrüsenschwellungen in den Leisten. In dem anderen Falle folgte auf einen typischen Herpes zoster der linken Thoraxgegend ein kokardenförmiges, breitpapulöses Syphilid, das genau die Stelle des abgeheilten Herpes einnahm. Der letztere hat hier quasi die Syphilide angelockt und ist die Erscheinung zu vergleichen mit der Wirkung von Zugpflastern auf die Lokalisation von spezifischen Eruptionen, worauf MAURIAC hingewiesen hat. *C. Müller-Genf.*

Zur Kenntnis des pustulösen Syphilids (Syphilis maligna), von M. MÖLLER. (*Nordiskt medic. Arkiv.* 1897. VIII. Festband. No. 14.) In dieser, in deutscher Sprache geschriebenen Abhandlung teilt Verfasser einen Fall von Syphilis maligna mit, worunter er solche Fälle versteht, welche sich durch eine abnorm hochgradige Intensität, eine akute, destruktive Tendenz des Krankheitsprozesses charakterisieren. Es handelt sich um einen Fall von varioliformer Syphilis, und die Untersuchungen des Verfassers sind darauf gerichtet, inwieweit die pustulöse Efflorescenz eine Wirkung des syphilitischen Virus selbst allein ist, oder in einer Infektion mit Eiterbakterien bedingt ist. Bei Kulturversuchen und mikroskopischer Untersuchung von Schnitten aus ganz jungen vesiko-pustulösen Efflorescenzen wurden keine Eiterbakterien nachgewiesen, dagegen fanden sich solche in älteren Pusteln, was dafür zu sprechen scheint, dafs das pustulöse Syphilid ein Produkt des syphilitischen Virus selbst sein kann. — Verfasser hat ebenfalls den histologischen Bau des varioliformen Syphilids studiert, und gelangt in allen wesentlichen Punkten zu demselben Resultate wie UNNA (*Histopathologie*, S. 552). Die Merkurialbehandlung (Sublimatinjektionen) wirkte in diesem wie in einigen anderen vom Verfasser behandelten Fällen von Syphilis maligna schnell heilend. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Aus dem St. Bartholomew's Hospital, London, berichtet BRUCE CLARKE einen höchst seltenen Fall von **Gumma des Isthmus der Glandula thyreoidea**; Ulceration; Larynxödem; Laryngotracheotomie; Heilung. Bei einer 38jährigen Frau waren während der letzten Jahre Gummata am rechten Arm, auf der linken Gesichtshälfte und am Nacken aufgetreten, die sämtlich auf Jodkalium zurückgegangen waren; keine sonstigen Zeichen von Syphilis weder bei der Kranken noch bei deren Manne. Seit 14 Tagen Schluckbeschwerden, Heiserkeit, zunehmende Dyspnoe, Erstickungsanfälle; nach anfänglicher Verschlechterung Heilung unter Jodkaliumgebrauch, 1,8 g dreimal täglich. (*Lancet*, 14. August 1897.) *H. Einhorn-München.*

Gummata der Milz, von G. F. STILL. (*Brit. med. Journ.*, 8. Mai 1897.) Verfasser berichtet über zwei letal verlaufene Fälle von hereditärer Lues bei jugendlichen Individuen. Die Sektion ergab unter anderen syphilitischen Anzeichen Gummata in der Milz, eine seltene Erscheinung bei kongenitaler Lues.

C. Berliner-Aachen.

Gumma der Prostata, von S. GROSGLIK. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 3 u. 4.) Verfasser konstatiert nach Übersicht der Litteratur, dafs selbst in den gröfseren Lehrbüchern und Sammelwerken über gummöse Erkrankungen der Prostata kaum eine Erwähnung gemacht wird. Er citiert nun in extenso den von RELIQUET beschriebenen unzweifelhaften Fall von Prostatagumma; nebstdem einen Fall von WROCHYNSKI, bei dem ein Neoplasma malignum rectis inoperabile diagnostiziert wurde, dessen Verlauf aber auf ein Prostatagumma schliefsen liefs. — Anschliefsend veröffentlicht Verf. auch einen Fall. Der 43jährige Patient meldete sich mit den Beschwerden von häufigem Harndrang. Vor Jahren machte er eine Blennorrhoe durch, noch in letzter Zeit be-

stand etwas Ausfluſs, in dem Sekret konnten keine Gonokokken nachgewiesen werden. Der Harn, welcher häufig und unter Schmerzen entleert wird, ist trübe, reagiert sauer und enthält Eiweiſsspuren. Die Untersuchung per anum ergiebt eine faustgroſse, knorpelharte Geschwulst, welche auf das Rectum nicht übergreift, und deren obere Grenze nicht zu erreichen ist. Die Harnröhre ist nicht verengt. Patient leugnete je Syphilis gehabt zu haben. — Es wurden schmerzstillende Mittel angewendet, worauf der Harndrang etwas nachlieſs, die Geschwulst zeigte aber gar keine Zurückbildung. Patient verlieſs nun mit der Diagnose Carcinoma der Prostata ungeheilt das Hospital. Einige Tage darauf meldete er sich wieder und gestand reumütig ein, daſs er ein hartes Geschwür hatte mit darauffolgenden Sekundärerscheinungen. Nun wurde eine Quecksilber- und Jodkaliumkur versucht, worauf sich die Geschwulst nach vier Wochen total zurückbildete. Im Verlaufe eines Jahres recidivierte der Prozeſs zweimal, ging aber stets auf antisyphilitische Behandlung zurück. Verfasser weist nun darauf hin, daſs in solchen Fällen, wo die Herkunft und die Natur der Prostataerkrankung rätselhaft erscheint und alle diagnostischen Mittel im Stiche lassen, noch die antisyphilitische Kur herangezogen werden muſs.

A. Alpár-Budapest.

Ein Fall von gummöser Erkrankung der Muskeln und der Brustdrüse, von A. Genersich. (*Orvosi-Hetilap.* 1897, No. 1.) Die 54jährige Frau, die nach langer Krankheit an einer tertiären Lues, hauptsächlich aber an Lebercirrhose, gestorben ist, zeigte bei der Obduktion folgenden Befund: Ausgebreitete Narben und Geschwüre auf den Armen, Schultern und Unterschenkeln, Narben und unregelmäſsige Verwachsungen im Rachen und weichen Gaumen, Lebercirrhose und amyloide Degeneration der inneren Organe. Ausgebreitete gummöse Erkrankung der Knochen und zwar Schädeldach, Schienbein, Brustbein, Schlüsselbein, unterer Teil der Schenkelknochen und beide Schulterblätter. Am interessantesten sind die gummösen Knoten in dem linken Oberschenkel, welche schon äuſserlich zu tasten sind; es sind das in den Adduktoren, im Quadriceps und hauptsächlich im Vastus in der Gröſse einer Nuſs, eines Eies und noch gröſsere Knoten, von denen mehrere bis in das Unterhautbindegewebe hineingewachsen sind. — Beide Brüste sind in einen kindskopfgroſsen harten Tumor verwandelt, dessen Struktur fibrös ist, das Drüsenparenchym ist ganz verschwunden, bloſs einzelne Milchgänge sind noch zu erkennen. (Fibroma mammae diffusum.) In dem oberen Teile der so veränderten linken Brust ist eine nuſsgroſse eiternde Höhle, in der eine gummöse Masse ihren Sitz hat. *Alpár-Budapest.*

Ungewöhnliche gummöse Erkrankungen der Niere, von A. A. Bowlby. (*Brit. med. Journ.*, 20. März 1897.) Eine 40jährige Frau zeigte die Anzeichen eines renalen Tumors von fester Konsistenz. Derselbe war beweglich und täuschte im Beginn eine bewegliche Niere vor. Eiweiſs war bisweilen im Urin vorhanden. Da die Schwellung stetig zunahm, so wurde die Niere excidiert. Es handelte sich um ein mächtiges Gumma, das das Nierengewebe vollständig ersetzt hatte, sodaſs sich mikroskopisch keine Spur desselben mehr vorfand. Die Patientin hatte früher Syphilis durchgemacht. Die Erkrankung scheint nur eine einseitige gewesen zu sein, da der Urin gegenwärtig ganz normal ist, und die Patientin sich eines guten Allgemeinbefindens erfreut. *C. Berliner-Aachen.*

Tertiäres Geschwür, Sarkom der Tonsillen vortäuschend, von Bryson Delavan. (*New York med. Journ.* 4. Dezbr. 1897.) 43jähriger Mann, verheiratet, Vater gesunder Kinder, ohne irgendwie verdächtige Anamnese, erkrankte an einer Schwellung der linken Tonsille, welche allmählich zunahm und oberflächlich ulcerierte,

besonders starke Schluckbeschwerden verursachte und mit Schwellung der benachbarten Halsdrüsen begleitet war. Alle Anzeichen sprachen für eine Neubildung sarkomatösen Charakters, welche Diagnose auch zweimal nach Entnahme kleiner Partikelchen aus der Geschwulst und genauer histologischer Untersuchung bestätigt wurde. Schliefslich wurde Patient doch, obwohl er jede syphilitische Ansteckung in Abrede stellte, mit Jodkalium behandelt, worauf die Halsdrüsenschwellungen zurückgingen. Die erkrankte Mandel wurde nun mit der kalten Schlinge entfernt und genauer mikroskopischer Untersuchung unterzogen; die ungewöhnlich grofse Anzahl von Endothelzellen, welche die Schnitte zeigten, sprachen besonders für Syphilis. Unter fortwährendem Gebrauche von Jodkalium war Patient in wenigen Wochen wieder hergestellt und blieb bis jetzt völlig gesund, so dafs auch der weitere Verlauf die zuletzt gestellte Diagnose bestätigte. Das mikroskopische Bild ähnelte zwar sehr dem eines Grofszellensarkoms, aber ein solches hätte ein viel rascheres Wachstum bedingt, als in diesem Falle stattfand. Derselbe beweist übrigens, wie schwer man zuweilen bei scheinbar so leicht liegenden Fällen zur richtigen Diagnose gelangt.

Stern-München.

Schwere rheumatoide Erscheinungen nach Injektionen von antidiphtherischem Heilserum in einem Falle von parasyphilitischer Ozaena, von GARNAULT. (*Indépend. méd.* 1897. pag. 406.) Die 37jährige Patientin hatte fünf solche Injektionen von je 10 ccm erhalten, als eine ausgebreitete Urticaria und 48 Stunden später ein lebhaft rotes Erythem mit heftigen Gelenkschmerzen auftrat, aufserdem Fieber, Schlingbeschwerden, Präcordialangst. Dieser Zustand dauerte mit einigen Remissionen und Rückfällen mehrere Tage und verschwand dann endlich vollständig, während andererseits die Veränderungen an der Nasenschleimhaut unberührt blieben. Verfasser empfiehlt deshalb diese von GRADENIGO, DELLA VEDOVA, BELFANTI und besonders MOLINIÉ gepriesene Methode vollständig fallen zu lassen. Er hält die Ozaena für eine trophoneurotische Störung der Nasenschleimhaut, wobei die Mikroorganismen nur eine sekundäre Rolle spielen. Therapeutisch wendet er die von MICHAEL BROKS-Triest eingeführte Vibrations-Massage nebst Elektrotherapie und Jodbehandlung an.

C. Müller-Genf.

Die syphilitischen Gelenkerkrankungen, von PIELICKE. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 4 u. 5.) Die beste Einteilung luetischer Gelenkaffektionen giebt VIRCHOW. Er unterscheidet: 1. einfach entzündliche Affektionen ohne spezifische Neubildung, 2. solche mit für Syphilis charakteristischen Veränderungen.

1. Die ersteren betreffen gröfsere Gelenke, besonders das Knie; Gelenkergufs, zur Nacht sich steigernde Schmerzhaftigkeit, remittierendes Fieber, akutes Auftreten an einem oder mehreren Gelenken sind die Symptome. Es giebt leichtere und schwerere Fälle. Man begegnet ihnen im Sekundärstadium gleichzeitig mit anderen Erscheinungen; sie recidivieren bei jedem Nachschub sekundärer Symptome. Einen Fall teilt Verfasser mit. Selten findet man diese Gelenkentzündung bei kongenitaler Lues, dann aber besonders heftig. — Eitrige luetische Gelenkentzündungen ohne primäre Affektion in der Umgebung kommen nur sehr selten vor, und zwar dann am häufigsten bei hereditär luetischen Kindern. Nach PARROT ist das Schultergelenk gewöhnlich betroffen; GUETERBOCK sah eine eitrige luetische Entzündung beider Ellbogengelenke. Der Übergang in chronische Entzündung ist bei akuten und besonders bei subakuten Formen häufig. Hydarthros ist besonders am Kniegelenk dann oft der Ausgang. — Bei rechtzeitiger, energischer antiluetischer Therapie tritt gewöhnlich Heilung ein. Wo die Therapie nicht eingreift, kann Schwellung, Funktionsstörung, Krepitation, selbst Pseudoankylose zurückbleiben. Nur bei Kindern kann es zu Eiterungen kommen, die aber auch auf spezifische Therapie ausheilen. — Die anatomische

Untersuchung schwererer, länger bestehender Fälle ergiebt: Trübung und Vermehrung der Synovialflüssigkeit, Verdickung und Zottenbildung an der Synovialhaut, Knorpeldefekte, ausgefüllt mit festem, derben Bindegewebe im centralen Teile des Gelenkknorpels. Die eitrigen Formen zeigen entsprechende Veränderungen.

2. Die spezifischen luetischen Gelenkentzündungen sind deuteropathisch, Folgen luetischer, gummöser Prozesse in den das Gelenk bildenden Teilen, Knochen und Gelenkkapsel. Der Häufigkeit nach sind nach der Reihe betroffen: Kniegelenk, Finger und Zehen, Mittelhand und Mittelfuſs, Hand-, Hüft-, Fuſs-, Sternoclaviculargelenk. Diese Formen sind tertiärer Natur, haben einen mehr chronischen Charakter, bewirken heftigen Schmerz, besonders nachts, kein oder stark remittierendes Fieber. Bei Vorhandensein umschriebener Kapselgummata ist die Diagnose leicht, da man die Knochen fühlt. Meistens handelt es sich um acquirierte Syphilis. Die luetische Therapie wirkt günstig, kann aber Ankylose nicht immer verhindern. Häufiger sind noch gummöse Periostitis und Osteomyelitis der Ausgangspunkt dieser Entzündungen. Letztere spielt sich gewöhnlich an den kleinen Gelenken von Hand und Fuſs ab. Das Krankheitsbild bei initialer gummöser Periostitis ist folgendes: Unter heftigen Schmerzen Gelenkerguſs, Druckempfindlichkeit der Gelenkknochen, besonders der Kondylen, hohes remittierendes Fieber. Nur das Quecksilber bringt hier schnelle Linderung. Bei kongenitaler Syphilis kann es nach Periostitis an groſsen Gelenken zur Eiterung kommen. Die aus einer Osteomyelitis hervorgehenden Gelenkentzündungen verlaufen mehr chronisch ohne Fieber und starken Schmerz. Durch Zerfall der Knochenenden und Eiterung kann sich ein Schlottergelenk bilden. Starke Schwellung ist vorhanden, meist in Gestalt der Spina ventosa. Offene mit der Markhöhle kommunizierende Hautgeschwüre können sich bilden.

Die Therapie der luetischen Gelenkentzündungen erheischt in erster Reihe die Anwendung des Hydrargyrum. Wo die Schmier- oder Spritzkur nicht anwendbar ist, kann man innerlich geben:

Hydrargyrum bijodat. 0,1 : 180,0
Kalium jodat. 5,0
Vin. Xerense 20,0
M. D. S. 2 × täglich ein Eſslöffel.

Daneben kommen Bäder, Einpackungen, Massage und chirurgische Eingriffe in Frage. — Die Entstehung der luetischen Gelenkentzündungen kann erklärt werden durch lokale luetische Erkrankung (deuteropathische Gelenkaffektionen), Intoxikation mit Toxinen (einfach entzündliche Gelenkaffektionen), Metastase, ähnlich der blennorrhoischen Arthritis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Kenntnis der Glossitis luetica, von Ludwig Oulmann. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1897.) Je nach dem Ausgange der tertiär-luetischen Zellwucherung unterscheidet man Glossitis sclerosa und Glossitis gummosa. Wenn erstere Form sehr diffuse ist, zu einer allgemeinen Vergröſserung der Zugge führt, dann bezeichnet man sie auch als Glossitis indurativa profunda diffusa (M. v. Zeissl), Glossite scléreuse généralisée (Fournier), Glossitis interstitialis (Dreysel). Es sind diese Fälle aber auſserordentlich selten. Die Zunge ist gewaltig vergröſsert, sehr hart, die Schleimhaut glatt, inselartig, fast papillenlos, rot, teilweise auch weiſs; Höcker erheben sich besonders im hintern Teile. 11 derartige Fälle führt der Verfasser an. Stets handelt es sich um alte Lues; Männer sind viel häufiger ergriffen. Rauchen, kariöse Zähne, frühere Ulcerationen spielen als ätiologische Momente keine Rolle. — Betreffs der weiteren Betrachtung über die Gestaltungsformen, die Anatomie, die Diagnose und Therapie der luetischen Glossitis sei auf das Original verwiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Syphilis der Nase, von Prof. M. Thorner in Cincinnati. (Separatabdruck aus *The Cincinnati Lancet-Clinik.* 22. Febr. 1896.) Die syphilitischen Affektionen der Nase sind besonders gefährlich, weil 1. von der Schleimhaut aus leicht die benachbarten Knorpel- und Knochenteile ergriffen werden, 2. bei Vernachlässigung oder ungenügender Behandlung des Leidens sogar das Leben des Patienten gefährdet sein kann durch Stenose der oberen Luftwege oder Übergang des Leidens auf den Schädel und die Hirnhäute und 3. durch die meist reichliche Sekretion Infizierung anderer Personen stattfinden kann. Th. erhebt den Vorwurf, dafs diesen Umständen von seiten der Ärzte zu wenig Beachtung geschenkt werde und bespricht in dieser Abhandlung besonders eingehend die in der Tertiärperiode der Syphilis vorkommenden Nasengeschwüre gummöser Natur mit ihren Folgeerscheinungen, Zerstörung des knorpeligen und knöchernen Nasengerüsts. Sie sind am häufigsten im ersten bis dritten, dann im dritten bis zehnten Jahre nach der Infektion, während eine ganz geringe Anzahl Fälle im zehnten bis zwanzigsten Jahre und später vorkommen. Th. beschreibt eingehend vier Fälle seiner Praxis, wovon zwei noch auf das Antrum Highmorii und der dritte auf alle vier anliegenden Höhlen übergegangen waren und welche nach ausgedehnten chirurgischen Eingriffen zur Ausheilung kamen. Auf letztere mufs besonders grofses Gewicht gelegt werden, wenn auch die Allgemeinbehandlung natürlich nie zu versäumen ist; Th. wandte sowohl Hg-Einreibungen wie -Injektionen, zuweilen kombiniert mit Jodkalium innerlich, jedoch letzteres nie für sich allein an. *Stern-München.*

Die Thermomineralkur in der Syphilistherapie, von A. Ravogli. (*The St. Louis Medical Era.* April 1897.) Die heifsen Quellen und Bäder, deren sich in den verschiedenen Gebieten der Vereinigten Staaten eine grofse Anzahl finden und von welchen Hot Springs in Arkansas das reine Mekka der Syphiliskranken ist, sind in vielen Fällen von Syphilis eher schädlich wie nützlich und finden je nach den verschiedenen Stadien und Formen der Krankheit ihre Indikation und Kontraindikation. Bei leichteren Fällen veranlafst der ständige Hautreiz der heifsen Bäder immer von neuem Hauteruptionen, ist also da gänzlich zu unterlassen, aber auch in schweren Fällen erzeugt das heifse Bad eine allgemeine Schwäche des Nervensystems und macht so die Patienten noch leichter zugänglich für die Schädigungen des Syphilisgiftes. Überhaupt sollte Syphilis im Anfangsstadium nie mit heifsen Bädern behandelt werden, sondern nur mit Quecksilberkuren, in Verbindung natürlich mit einem allwöchentlichen gewöhnlichen Bade. Bei hartnäckigen Formen von Syphilis jedoch, bei den rheumatischen und neuralgischen, und bei drohender Paralyse sind heifse Bäder, eventuell in Kombination mit Jodkalium und tonischen Mitteln, von sehr gutem Erfolg, wofür R. einen genauer beschriebenen Fall als Beleg giebt. Die frappierenden Erfolge, welche die Ärzte in den Badeorten mit heifsen Quellen oft erzielen, sind meist auf die gleichzeitige starke Merkurialisation, die Einhaltung der Diät und die übrigen bekannten Hülfsmittel der Badeorte zurückzuführen. Die Schädlichkeit der erstgenannten Medikation zeigen aber die bald eintretenden Recidive, eine mittelstarke, lange fortgesetzte Quecksilberdarreichung ist daher viel mehr zu empfehlen. Ihre eigentliche Indikation finden die heifsen Bäder bei den gummösen Hautausschlägen der Tertiärperiode, wenn all die anderen Mittel keine Besserung gebracht haben und völlig erschöpft sind, bei den Hauteruptionen der Sekundärperiode sind sie völlig kontraindiziert. (Eine weitere Indikation der heifsen eventuell der Dampfbäder liegt nach des Referenten Erfahrung für diejenigen Fälle von Syphilis vor, wo Quecksilber und Jodkalium sehr schlecht oder gar nicht vertragen werden und die Zittmannsche Kur aus äufseren Gründen nicht anwendbar ist.) *Stern-München.*

Syphilis der Nase, des Rachens und Kehlkopfes, von VAUGHAN, Hot Springs, Ark. (*Med. News.* Nov. 1897.) Primäre Lues der Nase und des Pharynx ist äufserst selten. In einigen beobachteten Fällen erfolgte die Infektion durch unreine Instrumente (Eustach. Katheter). Sekundäre Syphilis dieser Teile wird wegen ihrer oft geringen Erscheinungen zuweilen übersehen. Aller Behandlung trotzende Nasenkatarrhe, besonders mit Krustenbildung und Foetor sind immer suspekt auf Lues. — Die Primärläsionen bieten in Hals und Nase dasselbe Bild wie an anderen Körperstellen. Das sekundäre Stadium tritt als Plaques muqueuses oder Erythema faucium auf; letzteres, besonders ausgeprägt am weichen Gaumen und Gaumenbögen, tritt sechs Wochen bis fünf Monate nach der Infektion auf. Plaques treten am meisten auf am Zungengrund, auf den Tonsillen und dem Palatum molle. Sie zeigen sich noch jahrelang nach der ersten Erkrankung. Gummata erscheinen ebenfalls im Bereich des weichen Gaumens und der Mandeln. Man mufs eine oberflächliche und eine tiefe Form unterscheiden. Letzterer leistet kein Gewebe genügenden Widerstand. Bei ihrem Auftreten mufs sofort eine Kur begonnen werden, um gefährliche Folgen zu vermeiden. Die Diagnose syphilitischer Ulcerationen ist nicht immer leicht. Da jedoch Syphilis dieser Organe häufig beobachtet wird, maligne Affektionen seltenere Erscheinungen sind, und wenn man weifs, dafs tuberkulöse Ulcerationen durch antisyphilitische Behandlung verschlechtert werden, so kann man doch den rechten Weg für die Diagnose finden. LENNOX BROWN empfiehlt zur Sicherung derselben spezifische Behandlung und tägliches Wägen der Patienten. Syphilitische nehmen dauernd zu, an malignen Affektionen Leidende erst etwas zu, dann dauernd ab, bei Tuberkulösen verschlimmern sich alle Erscheinungen. — Primäraffekte im Larynx hat Verfasser noch nicht gesehen, wohl aber allerlei sekundäre und tertiäre Stadien, die dem Laryngologen geläufig sind, selten nur die Plaques muqueuses. Wenn letztere vorhanden sind, befinden sie sich meist an der Epiglottis, den Aryknorpeln und falschen Stimmbändern. Sie sind schwer zu heilen. Eine häufige Erscheinung ist ein Larynxkatarrh im Frühstadium der Lues. — Therapie: primäre Läsion reinigen und mild antiseptisch behandeln. (Borsäurelösung oder Jodol, Europhen, Kalomel, besonders empfehlenswert Jodoform in Pulver.) Keine Caustica lokal. Beim Erscheinen sekundärer Prozesse Allgemeinbehandlung. Plaques muqueuses mit Jodtinktur oder Silbernitratstift betupfen. Bei syphilitischem Katarrh Eisenpräparate und Spray mit mild antiseptischen oder alkalischen Lösungen. Bei luetischen Katarrhen der Kinder schwacher Kokainspray (ca. 0,2 g : 30,0 g) oder Reinigung der Rachenorgane mit einem 10%igen Mentholöl. Bei tertiären Erscheinungen Jodpräparate. Neben aller medikamentöser Behandlung kräftige Ernährung, Bäder, kein Tabak!

Eugen Hopf-Dresden.

Ein Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Mediastinum und der Lungen, von M. DINKLER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 49.) Eine 30jährige Frau, die eine Frühgeburt durchgemacht und zwei tote Kinder geboren, wiederholt an Bronchialkatarrhen gelitten, zeigte wiederum starken Husten, Auswurf, Nachtschweifse, Cyanose des Gesichts, Dyspnoe, Stenosengeräusch bei der Atmung, Haemoptoe, Dämpfung der Lungenspitzen und über dem Manubrium Sterni und war ungeheuer herabgekommen. Am Unterkiefer fand sich eine schmerzlose Knochenauftreibung, im Nacken eine Lymphadenitis. Das Sputum war frei von Tuberkelbacillen. Eine mühsame Anamnese ergiebt, dafs die Frau von ihrem Manne im Beginne der Ehe luetisch infiziert war. Die antiluetische Behandlung bringt völlige Heilung der Patientin. Es handelte sich also, wie Verfasser in klarer Weise ausführt, um mediastinale und bronchopneumonische Syphilis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neurosen infolge von Syphilis, von Dornblüth. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897, No. 42.) In der Einleitung hebt der Verfasser hervor, dafs man früher, wenn von Syphilis des Nervensystems die Rede war, hauptsächlich an die Gummata des Gehirns und an die Druckwirkungen syphilitischer Knochen- und Periosterkrankungen dachte. Heute aber sei man verpflichtet, bei jeder organischen Erkrankung des Nervensystems an Syphilis zu denken. — Bei den Neurosen: Hysterie, Neurasthenie und Epilepsie werde die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges bisher verhältnismäfsig selten betont, nach seiner Erfahrung viel zu selten. Er habe wenigstens häufig genug hartnäckige und schwere Fälle dieser Erkrankungen gesehen, wo erst die Frage nach der syphilitischen Ätiologie zu der richtigen Behandlung führte. — Die Neurasthenie findet sich bei zahlreichen Syphilitikern. Diese würden erst durch die im Gefolge der Syphilis eintretende verschlechterte Blutbeschaffenheit neurasthenisch, ohne hypochondrisch zu sein. Sie klagen über Kopfdruck, Arbeitsunfähigkeit, schlechten Schlaf, Schwindelgefühle, oft auch über Angst, Gedächtnisschwäche etc., sodafs dem Arzte der Gedanke an eine beginnende syphilitische Gehirnerkrankung sich aufdrängt. Dabei fehlen aber alle organischen Zeichen, Störungen der Pupillen- und Patellarreflexe etc. Die Patienten sind blafs, haben oft ein wirklich kachektisches Aussehen. Deutliche Äufserungen der Syphilis pflegen zu fehlen wenn man von geschwollenen Cervikal- und Cubitaldrüsen absieht. Die gewöhnlichen Mittel gegen Neurasthenie versagen in solchen Fällen oder bringen wenigstens keinen vollen Erfolg, dagegen erzielt man durch eine Quecksilberkur oft schnell eine auffällige Besserung. Meist handle es sich um ungenügend behandelte Fälle. Bei Syphilitischen, die in den ersten Jahren nach der Infektion die von Fournier und Neisser vertretene intermittierende Quecksilberbehandlung durchgemacht, hätte Verfasser die syphilitische Neurasthenie nicht beobachtet. Prophylaxis und Behandlung dieser Zustände ergiebt sich aus dem Angeführten. — Bei Hysterie liegen die Verhältnisse ganz ebenso, nur dafs es hier oft nicht bei den leichten Allgemeinerscheinungen der Neurose bleibt, vielmehr gehört die sekundäre Syphilis zu den Gelegenheitsursachen der grofsen hysterischen Zustände, wie schon Charcot hervorgehoben hat. — Von ganz besonderer Bedeutung ist die syphilitische Epilepsie. Fournier hat darauf hingewiesen, dafs die sekundäre Syphilis häufig zu epileptischen Anfällen führe, die nach Einleitung der spezifischen Behandlung sofort verschwänden; die Syphilis kann sich sogar lange Zeit durch nichts als durch epileptische Anfälle äufsern. Féré meint, man müsse den therapeutischen Versuch machen, wenn man nur den geringsten Anhalt habe. — Der Verfasser bringt dann zwei Krankengeschichten, die diese Angaben deutlich belegen. Der erste Fall betrifft eine 31jährige Frau, die seit fünf Jahren an Epilepsie leidet. Namentlich haben die geistigen Fähigkeiten gelitten, so zwar, dafs man sie eine zeitlang als blödsinnig betrachten mufste. Die gewöhnlichen Mittel versagten. Jedoch mufste das Fehlen einer besonderen Anlage und sonstiger Ursachen den Verdacht auf Gehirntumor oder Syphilis lenken. Es erwies sich denn der Ehemann als vor vielen Jahren luetisch infiziert, ein Syphilid liefs sich sogar jetzt noch an einem Handgelenk entdecken. An der Frau waren keinerlei syphilitische Erscheinungen vorhanden. Eine Hg-Kur brachte in kurzer Zeit merkwürdige Besserung, auch die Dementia wurde auffallend geringer; die Besserung der Symptome hielt auch Bestand. Der zweite Fall betraf eine 36jährige Frau, die ebenfalls seit fünf Jahren an Epilepsie leidet und zwar nur in der Form von petit mal. Beim Ehemanne sowohl als der Patientin selbst lassen sich Zeichen von Syphilis nicht nachweisen. Dagegen bietet der sechsjährige Sohn deutliche Symptome hereditärer Syphilis dar. Deshalb wurde die Mutter einer Hg-Kur unterworfen, welche die Anfälle wesentlich einschränkte; nach Beendigung der Kur sind bisher in

fünf Monaten nur zwei ganz leichte Absenzen aufgetreten. — Auch die hereditäre Syphilis kann Epilepsie veranlassen, ohne dafs organische Veränderungen im Gehirn vorzuliegen brauchen. Dornblüth bringt auch zwei diesbezügliche Krankengeschichten. Weiter weist er darauf hin, dafs die hereditäre Syphilis, die bekanntlich eine häufige Ursache der Idiotie ist, zuweilen mehr funktionelle Zustände von idiotischem Schwachsinn in den ersten Lebensjahren veranlasse, Zustände, welche auf eine antisyphilitische Behandlung zurückgehen können. In anderen Fällen veranlafst die Syphilis hereditaria allgemeine nervöse Störungen, nervöse Anlage (Dornblüth). Die Kranken erscheinen meist in geringem Grade angeboren schwachsinnig, fast alle haben adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum, auf die ihre Unfähigkeit zum Lernen, ihr Pavor nocturnus etc. zunächst zurückgeführt werden, bis die Erfolglosigkeit der Operation darthut, dafs doch noch eine andere Ursache da sein mufs. Ein deutlicher Einfluſs der Quecksilberbehandlung auf die psychischen und nervösen Erscheinungen ist unverkennbar. Es ergiebt sich also, dafs die ätiologische Bedeutung der erworbenen und der ererbten Syphilis für Neurosen und Epilepsie sehr grofs ist. Man solle immer daran denken und sorgfältig den Nachweis der Krankheit in unsicheren Fällen versuchen. Kachektisches Aussehen, frühzeitige Verblödung, häufige Kopfschmerzen und Benommenheit bei Epileptischen, kachektisches Aussehen, starke Schädeldifformitäten, mifsbildete und sehr schlechte Zähne und manche sogenannte skrophulöse Erscheinungen bei Kindern sollen den Verdacht auf Syphilis erwecken. Der Nachweis von geschwollenen Cubitaldrüsen ist jedenfalls eine sehr wertvolle Bestätigung. In schweren Fällen läfst sich wohl der Versuch mit einer Hg-Kur ohne den sicheren Nachweis vorausgegangener Lues rechtfertigen. — In den hierher gehörigen Fällen habe das Quecksilber weitaus die besten Wirkungen, vom Jodkalium sehe man oft gar keinen Einfluſs. Die Ansicht, dafs das Quecksilber das Virus der Syphilis, das Jod seine organisierten Produkte, d. h. die syphilitischen Granulationsgeschwülste beeinflusse, steht damit im besten Einklange. Sowohl die Neurasthenie wie die genuine Epilepsie der Syphilitischen mufs als toxische Krankheit aufgefafst werden, ganz im Gegensatz zu der cortikalen Epilepsie bei Arteriitis oder bei Gummata des Gehirns. In letzteren Fällen ist das Jodkalium neben dem Quecksilber allerdings unentbehrlich. *Neuhaus-München.*

Fall von Epilepsia Jacksonii syphilitischer Natur, von Mesnard. (*Annales de la Policlinique de Bordeaux.* Nr. 41. 1897.) Der 34jährige Patient, der an häufigen Kopfschmerzen litt, wurde plötzlich von einer Parese des rechten Arms mit Eingeschlafensein desselben befallen, das von einem heftigen, krampfartigen Schütteln der betroffenen Extremität begleitet war; das Bewufstsein blieb erhalten. Diese Anfälle wiederholten sich im Verlaufe der nächsten Monate immer häufiger, verbreiteten sich über die ganze rechte Seite, waren später von Bewufstseinsverlust begleitet und liefsen eine grofse Schwäche, sowie ein eigentümliches Kältegefühl in der affizierten Körperhälfte zurück. Der Patient leugnete jede syphilitische Infektion, hatte sich aber in früheren Jahren wegen eines papulösen Ausschlages auf dem Kopfe und im Gesicht behandeln lassen. M. nimmt deshalb an, dafs es sich wahrscheinlich um eine spezifische Eruption gehandelt habe, und dafs die Hemiparese auf luetische Veränderungen im Rindengebiete der linken Hemisphäre zurückzuführen sei. Die spezifische Behandlung führte denn auch rasche Besserung herbei, die Kopfschmerzen hörten auf, es kamen keine Anfälle mehr vor und die Kräfte kehrten zurück.

C. Müller-Genf.

Über Rückenmarkssyphilis, von William G. Spiller. (*New York med. Journ.* 25. Sept. 1897.) Mannigfaltig sind die Erkrankungsformen der Syphilis, welche das

Cerebrospinalsystem befallen und Spiller benutzte einen Fall von Rückenmarkssyphilis, welcher zur Autopsie und histologischen Untersuchung kam, dazu, eingehender dieses Thema zu besprechen. 35jährige Patientin, unverheiratet, hatte mit 19 Jahren Syphilis acquiriert, litt seitdem ständig an „rheumatischen Schmerzen" und wurde nun wegen völliger Paraplegie der Unterextremitäten in das Krankenhaus aufgenommen. Der Lähmung folgten bald Anästhesie, welche jedoch nicht über das Knie hinaufging, Harnverhaltung, heftige Schmerzen in den Armen und am Rumpf, wo besonders die tieferen Gewebsschichten und die Rippenknorpel empfindlich waren. Patientin wurde sehr anämisch, die Pupillenreaktion war sehr träge, der rechte Patellarreflex fehlte, der linke war sehr vermindert. Etwa 80 Tage nach Beginn der Lähmung trat der Tod ein und zwei Tage später wurde die Autopsie gemacht. Dieselbe ergab an der Leber zahlreiche kerbige Einschnitte und stellenweise Anzeichen von kleinen gummösen Geschwülsten, am Gehirn Verdickung der Basilararterien, während die ganze hintere Fläche des Rückenmarks von der Höhe des zweiten Brustnerven bis zur Cauda equina mit fibrös-purulentem Exsudat bedeckt, die Dura in der oberen und mittleren Brustgegend adhärent war, und die Vorderfläche des Rückenmarks in weniger ausgeprägter Weise ein ähnliches Exsudat wie die Hinterfläche zeigte. Die histologische Untersuchung des Rückenmarks ergab Degeneration der Seiten- und Hinterstränge; bezüglich weiterer Details muſs auf die Originalarbeit verwiesen werden, welche noch durch einzelne Schnittpräparate wiedergebende Zeichnungen illustriert ist. Bis auf das Verhalten der Sehnenreflexe stimmt der Fall so ziemlich mit dem von Erb beschriebenen Bilde der Spinalsyphilis überein. Immerhin sind hervorzuheben 1) der aufserordentlich akute Verlauf, indem sich die Lähmung in zwölf Tagen nach dem Beginn der ersten Nervensymptome völlig entwickelte, was auf eine starke Läsion der Gefäfse, besonders der Venen, hindeutet, und 2) der Umstand, daſs erst 16 Jahre nach der Primärinfektion die Rückenmarksdegeneration auftrat, indem nach der Färbemethode von Marchi leicht zu konstatieren war, daſs die Erkrankung in diesem Falle erst in dem Anfangsstadium war. Es findet sich also auch hiermit das Gesetz bestätigt, daſs zu jeder Periode der Lues das Nervensystem erkranken kann. Die Degeneration der Seiten- und Hinterstränge, wahrscheinlich von Sklerose der Gefäfse und Ischämie herrührend, erklärt die ataktische Paraplegie, welche manchmal bei Spinalsyphilis gesehen wird. Spiller macht schliefslich noch darauf aufmerksam, daſs die disseminierte Sklerose auch syphilitischen Ursprungs sein und daſs auch bei angeborener Syphilis erst spät die Symptome eines Nervenleidens auftreten können (ein Fall von Mendel besonders eklatant, wo im zwölften Lebensjahre die ersten Zeichen der Tabes dorsalis vorhanden und im 24. die Krankheit völlig entwickelt war). *Stern-München.*

Über zwei klinisch und anatomisch untersuchte Fälle von „syphilitischer Spinalparalyse (Erb)", von Nonne. (*Archiv f. Psychiatrie*, Bd. 29, Heft 3.) Nach einer genauen Wiedergabe der auf die Erbsche syphilitische Spinalparalyse bezüglichen Litteratur berichtet Verfasser über zwei anatomisch untersuchte Fälle: 1. Bei einem 50 Jahre alten, im 32. Lebensjahre luetisch infizierten, hereditär nicht belasteten Manne entwickelte sich ganz allmählich das Bild einer leichten spastischen Parese der unteren Extremimäten mit Gefühl von Schwäche und Steifigkeit, lebhafte Steigerung der Sehnenreflexe, geringen Muskelspannungen, spastisch-paretischem Gange. Die Sensibilität war bis auf leichte Parästhesien intakt, die Blasenfunktion etwas beeinträchtigt; die Gehirnnerven waren nicht alteriert. Ataxie, Rombergsches Symptom, Pupillenanomalien fehlten. Der Kranke starb an Carcinom nach fünfjähriger Erkrankung. Die Autopsie ergab: Degeneration der Gollschen und Kleinhirnstränge am obern Ende, der Pyramidenbahn am kaudalen Ende; keine Gefäſs-

erkrankung, keine Meningitis. Es handelte sich um eine primäre, kombinierte Degeneration. — 2. Zehn Jahre nach luetischer Infektion entwickelte sich ganz allmählich ein spastischer Symptomenkomplex mit leichter Blasenstörung, subjektiven, später auch objektiven Sensibilitätsanomalien, Muskelspannungen. Hirnnerven, Psyche, Intelligenz blieben frei. Patient ging an Pneumonie zu Grunde. Die anatomische Untersuchung ergab: Myelitis transversalis chronica ohne Gefäfsalteration, ohne Meningitis, ohne spezifische Infiltration des Marks, daneben aufser einer absteigenden Degeneration der Seitenstränge eine Affektion der Pyramidenseitenstränge und Kleinhirnseitenstränge oberhalb der Läsion in ihrer ganzen Ausdehnung. Die Hinterstränge zeigten eine sekundäre aufsteigende Degeneration der Gollschen Stränge oberhalb und eine absteigende „kommaförmige" Degeneration unterhalb der transversalen Myelitis. — Auch hier handelte es sich um eine primäre Sklerose. — Es vermag also die Syphilis eine primäre Erkrankung mehrerer kombinierter Systeme hervorzurufen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Mitteilungen über einen Fall von chronischem Hydrocephalus bei hereditärer Syphilis, von Julius Heller. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 5.) In diesen Blättern (Bd. 15, S. 420) ist über einen Fall referiert, den Verfasser im Jahre 1892 in der *Deutschen medizinischen Wochenschrift* mitteilte; es handelte sich um chronischen Hydrocephalus bei hereditärer Syphilis, der durch Jodkalium vollkommen geheilt wurde. Das damals ½ Jahr alte Kind ist mittlerweile sieben Jahre alt geworden, hat niemals Erscheinungen von Rachitis, auch bisher nie luetische Symptome gezeigt. Im letzten Jahre hat sich eine interstitielle Keratitis eingestellt; dazu gesellte sich ein periostales Gummi an der Tibia und am Humerus; die oberen Schneidezähne zeigen Hutchinsonsche Veränderungen. An der Unterlippe fand sich ein kondylomähnliches speckiges Gebilde. Das Kind wurde durch spezifische Therapie geheilt. — Das Röntgenbild des Humerus zeigt an der Stelle des Gumma einen deutlichen Schatten; dieser ist nur durch Kalkablagerung an der Grenze von Knochen und Gumma zu erklären, da letzteres an sich als blutreiches, saftiges Gewebe einen derartigen Schatten kaum geben konnte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wann hat man mit der Merkurialbehandlung der Syphilis zu beginnen? von I. Neumann. (*Wien. klin. Rundsch.* 1897. No. 47, 48.) Folgendes ist das Resumé der Arbeit: a) Kein Mittel, keine der geübten präventiven Kuren vermag die konstitutionelle Syphilis zu verhindern; nur ein Herausschieben ist möglich. In Ausnahmefällen mag die Präventivkur angezeigt sein. b) Merkur und Jod sind spezifische antisyphilitische Mittel, beseitigen die Syphilisprodukte, vernichten jedoch den Syphiliserreger nicht. Wir kennen kein Mittel, welches letzteres vermag. — — Folgende Thatsachen beweisen, dafs der Syphiliserreger Merkur und Jod widersteht: 1. Präventivkuren verhindern die konstitutionelle Syphilis nicht. Nur einmal unter hundert Fällen ist das auf des Verfassers Klinik gelungen. 2. Saturation des Organismus mit Merkur und Jod verhindern die Recidive nicht. 3. Merkur und Jod versagen oft bei florider Syphilis. 4. Ein zwischen 6—22% schwankender Teil der Luetischen wird tertiärsyphilitisch trotz jeder Behandlung. — Verfasser befürwortet schliefslich die symptomatische Behandlung gegenüber der chronisch-intermittierenden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen von Quecksilber-Benzoat, von Gaucher. (*Presse méd.* 1897. No. 93.) G. macht während eines Monats täglich eine Injektion von 1—2 ccm einer in folgender Weise zusammengesetzten Lösung:

Hydrarg. benzoat. 0,3
Ammon. benzoat. 1,5
Aquae dest. coct. 30,0

Der Zusatz von Ammoniumbenzoat bezweckt die Verhinderung einer Umwandlung des Hg benz. in Sublimat. Es ist ratsam, hierzu nicht das Hg benzoat. des Handels zu verwenden, sondern dasselbe ex tempore zu bereiten, indem man benzoesaures Natron mit gelbem HgO in schwach angesäuerter Lösung (Acid. nitr. oder acet.) behandelt. *C. Müller-Genf.*

Die Technik der intravenösen Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis, von J. B. Byles. (*Brit. med. Journ.* 3. April 1897.) Der Verfasser beschreibt ausführlich das Verfahren, das er als ehemaliger Arzt des Londoner Lock Hospitals stets mit Erfolg geübt hat. Für die Injektionen wählte er die Venen des Ober- und Vorderarmes, vermied die Cubitalvene, weil auch die kleine mit der Injektionsnadel verursachte Verletzung wegen der Beweglichkeit des Ellenbogengelenks zu einer schwachen Periphlebitis Anlafs geben kann. Die anzustechende Vene wird deutlich markiert, indem man oberhalb derselben einige Touren einer Gummibinde um den Arm legt. Die Injektionsspritze mufs durch Auskochen gut sterilisiert sein; die Spitze wird noch vor dem Einspritzen über der Spiritusflamme steril gemacht. Das Einstechen geschieht horizontal zur Vene und in der Richtung des Blutstromes. Befindet sich die Nadel in der Vene, so ist sie frei beweglich und in vielen Fällen färbt sich der Inhalt der Spritze etwas rot, was nicht der Fall ist, wenn die Spritze einen falschen Weg genommen und ins subcutane Gewebe eingestochen ist. In diesem Falle fühlt der Patient auch meistens einen empfindlichen Schmerz. Verfasser hält in Fällen, wo das Quecksilber per os nicht genommen werden kann, die intravenösen Injektionen für ebenso wirksam wie die Inunktionen und in praktischer Hinsicht den letzteren vorzuziehen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen, von J. B. Byles. (*Brit. med. Journ.* 17. April 1897.) Nach den Angaben des Verfassers hat die Firma John Richardson & Co. in Leicester ein kleines Schränkchen angefertigt, welches alle für die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Injektionen notwendigen Requisiten bis in die kleinsten Details enthält.

C. Berliner-Aachen.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Differenzierung der Gonokokken durch das Züchtungsverfahren und das Färbungsverfahren, von Steinschneider. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897, No. 13.) Mit Bezug auf das Kulturverfahren kann man folgende Sätze aufstellen: 1. Zur Züchtung der Gonokokken ist Serum oder Exsudatflüssigkeit nicht zu entbehren. 2. Zur sicheren Diagnose einer Gonokokkenkultur darf dieselbe auf Agar übergeimpft nicht aufgehen und nach Gram sich nicht färben. Das makroskopische Aussehen genügt nicht. — Zur Doppelfärbung eignen sich die Methoden von Pick-Jacobsohn (Karbolfuchsin-Methylenblau) und von Schaeffer. Letzterer färbt zuerst mit verdünntem Karbolfuchsin (Fuchsin 0,1, Alkohol 20 ccm, 5% Karbolsäure 200 ccm), dann mit hellblauer Methylendiaminlösung (2—3 Tropfen einer wässerigen Methylenblaulösung auf 10 ccm einer 1% Methylendiaminlösung), bis eine blaue Farbennuance bemerkbar wird. Das Protoplasma der Leukocyten wird zart hellrot, die Kerne schwach hellblau, die Gonokokken schwarzblau. In Gonokokkenkulturpräparaten bleibt ein Teil der Mikrobien rot; wahrscheinlich sind es Degenerationsformen. Die Gramsche

Färbung wird zweckmäfsig nach dem Vorschlage von Czaplewsky so ausgeführt, dafs zur Färbung Karbol-Gentianaviolettlösung, zur Nachfärbung verdünnte Fuchsinlösung genommen wird. Die Behauptung, dafs die Differenzierung der Gonokokken durch die Gramsche Methode unsicher ist, giebt Verfasser nur insoweit zu, als es sich um Kokken handelt, die nicht den Genitalorganen angehören. In diesen Fällen mufs die Kultur eintreten. Deshalb sind die Fälle von Endocarditis blennorrhoica nicht sichergestellt; die mikroskopische Diagnose genügt nicht. — Es ist der Gonococcus nur dann sicher nachgewiesen: 1. Wenn bei Behandlung nach Gram mit entsprechender Nachfärbung endocelluläre Diplokokken vorhanden sind, die mit dem zur Nachfärbung verwendeten Farbstoffe tingiert sind; 2. wenn beim Kulturverfahren Kolonien sich entwickeln, die Gonokokkenkolonien makroskopisch und mikroskopisch gleichen, auf reinem Agar nicht wachsen, aus Diplokokken bestehen, die nach Gram sich nicht färben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eidotteragar, ein Gonokokkennährboden. Vorläufige Mitteilung von Steinschneider. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 18.) Gonokokken wachsen auf einer Mischung von Agar und Eidotter. Dotter von Kiebitz- oder Hühnereiern, steril entnommen, wird mit der doppelten Menge sterilen Wassers gemengt und davon ein Teil mit zwei Teilen 2% Agar gemischt. Darauf erhält man zweifellose Reinkulturen von Gonokokken. Leider ist der Nährboden undurchsichtig. Durchsichtiger wird er bei folgender Darstellung: Eidotter mit der dreifachen Menge sterilen Wassers mischen, tüchtig schütteln; davon 20,0 mit 10,0 einer 20% Dinatriumphosphatlösung versetzen, hierzu 90,0 von 2½—3% Agar thun und in Röhrchen schräg erstarren lassen. Das Wachstum ist hierauf etwas spärlicher als auf Serumagar oder nicht geklärtem Dotteragar. Die Methode ist noch unvollkommen, dürfte jedoch auf den richtigen Weg führen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine neue Methode der Gonokokkenkultur demonstrierte Minich in der K. ungar. Ärztegesellschaft am 22. Februar 1896. Nach Besprechung der bis jetzt empfohlenen (von Bumm, Bockhart, Wertheim, Abel, Kiefer, Schlagenhaufer, Král) Gonokokkenkulturen geht Vortragender auf die Tochtermannsche Publikation über, in welcher derselbe zur Züchtung der Diphtheriebacillen 1% Pepton und ½% Kochsalz enthaltende wässerige 2% Agaragarmischung empfiehlt, welche mit gleicher Quantität Tierserum erhitzt wird, nachdem man noch 0,3—0,5 Traubenzucker hinzugefügt hat. Minich benutzte nun statt der wässerigen Agaragarlösung eine Fleischpepton-Agaragarlösung, statt des Tierserums Hydrocelenflüssigkeit. Der Vorgang ist folgender: Zu dem 1% Pepton und ½% Kochsalz enthaltenden Fleischwasser wird 3% Agar gemischt und dieses in gewöhnlicher Weise erhitzt; nach Lösung des Agars wird die gleiche Menge Hydrocelenflüssigkeit beigemengt und dieser ganze Nährboden dem strömenden Dampfe ausgesetzt. Nach einer dreiviertelstündigen Erhitzung wird das Eiweifs des Serums gefällt, es bildet sich eine milchige Flüssigkeit. Nun wird filtriert und ½% Traubenzucker hinzugesetzt. Dieser nun helle und durchsichtige Nährboden wird nun drei Tage hindurch einstündig sterilisiert und in Eprouvetten in schiefer Ebene gegossen. Wenn nun auf diese Masse Gonokokken übergeimpft werden, entwickeln sich kleine tautropfenähnliche Herde, welche sich nach Gram entfärben und ihre Lebensfähigkeit noch am 4.—5. Tage erhalten. *Alpár-Budapest.*

Ein Hülfsmittel bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von C. Malling. (*Hospitalstid.* 1896. No. 50.) Verfasser erreichte gute Resultate mittelst Massage (1—2 Minuten jeden zweiten Tag) der durch Sondenuntersuchung nachgewiesenen empfindlichen Stellen der Harnröhre. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Eine neue Ballontripperspritze, von F. J. Laaf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* Therap. Beilage. 1898. No. 2.) Die patentierte „Ballontripperspritze mit aufsen geripptem, in einen Kopf mit rückseitigen Ausstrahlöffnungen endigenden Spritzrohr" besteht aus einem 75,0 fassenden Gummiballon und einer 12,5 cm langen Kanüle aus Neusilber, Zinn oder Hartgummi (letzteres für Höllensteinlösungen), die leicht ineinander geschoben werden können. Die Ausstrahlöffnungen sitzen an dem konischen Kopf der Kanüle rückseitig und münden in gerade oder schraubenförmig gewundene Rinnen. Verfasser hat mit dieser Spritze bessere Resultate erzielt, als mit irgend einem anderen Verfahren. Frühzeitige Spülungen, strenge Diät, Gebrauch sehr dünner Lösungen, Wiederholung der Spülung nach jedem Urinieren sind notwendig. Auch prophylaktisch wird eine Spülung nach suspektem Coitus empfohlen. (Ob die Spritze gut ist, sei dahingestellt. Im allgemeinen sind alle Apparate, bei welchen der Patient sich selbst längere Kanülen in die Harnröhre einführen mufs, mit Vorsicht aufzunehmen. Unrichtig ist die Voraussetzung, mit der Verfasser die Empfehlung seiner Spritze beginnt. Er sagt, dafs die Thatsache der schnellen Heilung der Scheidentripper durch Spülungen letztere auch bei Blennorrhoe des Mannes empfiehlt. Die Thatsache ist aber leider keine Thatsache, denn die Scheidenblennorrhoe heilt trotz der Spülungen oft sehr schwer, zuweilen gar nicht. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den heutigen Stand der Blennorrhoetherapie. Sammelbericht von Ernst R. W. Frank. (*Medizin der Gegenwart.* 1898. No. 1.) Kurzer geschichtlicher Überblick über die Entwickelung der Blennorrhoebehandlung bis auf die heutzutage wissenschaftlich begründete Art derselben, deren Einführung gegenüber dem früheren kritiklosen Verfahren hauptsächlich dem Verdienste Neissers und Janets zugeschrieben wird. Zur Behandlung der akuten Blennorrhoe empfiehlt Fr. in nahezu begeisterter Weise die Silbersalze Argonin und Protargol; besonders letzteres sei im stande, direkt den Krankheitsprozefs und dessen Erreger, den Gonococcus, zu beeinflussen, es müsse sofort bei Beginn der Erkrankung angewandt werden und mache die Anwendung der bekannten inneren Mittel, welche bis jetzt immerhin in den ersten Wochen angezeigt gewesen seien, von nun ab völlig überflüssig. (Referent, welcher an 20 Fälle akuter Blennorrhoe nun mit Protargol behandelt hat, ist leider nicht in der Lage, dieses aufserordentlich günstige Urteil zu bestätigen.) Auch bei der Epididymitis sollte, ausgenommen bei hochgradig gestörtem Allgemeinbefinden, die antiblennorrhoische Behandlung keine Unterbrechung erleiden, was in völligem Widerspruch mit den bisher allgemein gültigen Grundsätzen steht. Aufser den übrigen Komplikationen der Blennorrhoe widmet Fr. der Prostatitis ein besonderes Augenmerk, welche meist bei Erkrankung der hinteren Harnröhre vorhanden sei; als beste Behandlungsart der letzteren giebt er die Spülmethode an. Der wichtigen Rolle der Cystoskopie wird des weiteren gedacht und schliefslich die Therapie der Strikturen mit dem hierzu nötigen Instrumentarium und des chronischen Trippers (mit Ultzmannschem Pinsel, Guyonschen Injektionen) in kurzen Umrissen beschrieben. Bei den Injektionen nach Guyon rät Fr. von Einführung des Katheters ab, da derselbe unnötigerweise reize, welche Erfahrung Referent unter einer sehr grofsen Menge von solchen Einspritzungen nur ganz selten gemacht hat. Bezüglich weiterer Einzelheiten mufs auf das Original verwiesen werden, mit welchem nach des Autors Schlufsworten nur ein Weg der Blennorrhoebehandlung gewiesen werden sollte.

Stern-München.

Zur Behandlung der Urethritis beim Weibe, von Gustav Kolischer. (*Wien. klin. Rundschau.* 1897. No. 31.) Die Behandlung der ulcerösen Urethritis beim Weibe wird oft durch Jodoformstäbchen geübt, die auch sehr gut wirken. Da aber

zu ihrer Herstellung gewöhnlich auch Wachs verwendet wird, kann dieses in der Blase zurückbleiben, zu Beschwerden und zu Steinbildung führen. Verfasser konstatierte mit dem Cystoskop, daſs die Wachskügelchen und Wachsblättchen auffallenderweise am Blasenscheitel fest haften und erst mit der Curette abgelöst werden müssen, bevor man sie durch Ausspülung entfernen kann. Um das zu verhüten, darf man die Stäbchen nicht zu tief einschieben, sie bleiben auch so liegen. Sie müssen 4 cm lang sein und werden nach der Einführung durch Kompression während einer Minute fixiert. Am besten ist es, Wachs bei ihrer Herstellung ganz zu meiden, nur Kakaobutter zu nehmen. Andere Schädigungen kann die Blase erfahren beim Ausspülen mit nicht gut gehaltenen Spritzen, von deren Stempel sich Stückchen loslösen, ferner durch Katheterlackpartikelchen. Diese kleinen Fremdkörper lassen sich nicht immer durch Ausspülung entfernen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Gebrauch der Chromsäure bei der blennorrhoischen Urethritis und Cystitis. (*La Policlinique.* 1897. No. 13.) Robbe hat mit gutem Erfolge die Chromsäure in der Koncentration von 0,25 ‰—0,5 ‰ zu Injektionen und Irrigationen und von 0,5 % zu Instillationen besonders bei akuter, sodann aber auch bei chronischer blennorrhoischer Urethritis und Cystitis angewendet. Das Mittel, das in stärkeren als den angegebenen Koncentrationen leicht Blutungen verursacht, ist besonders da indiziert, wo das Argentum nitricum nicht zum Ziele geführt hat.

C. Müller-Genf.

Über die Anwendung des Itrols bei Blennorrhoe, von R. Hertz-Kopenhagen. (*Hospitalstid.* 1897. No. 28.) Die Wirkung des Itrols gegen Blennorrhoe zeigte sich bei Versuchen, die in Haslunds Abteilung vorgenommen wurden; es scheint den gewöhnlich angewandten Mitteln in der Wirkung nachzustehen.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Der Gebrauch von Methylenblau bei Blennorrhoe, von J. Moore-Belfast. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1897.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle frischer Blennorrhoe, die erfolgreich mit innerlichen Gaben von Methylenblau behandelt worden sind. *C. Berliner-Aachen.*

Über Methylenblau in der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Karl Kohmann. (*Norsk Magasin for Lægevidenskaben.* Juni-Juli 1897.) Verfasser hat gegen akute Blennorrhoe frisch bereitetes „Methylenblau medicale" in 2 % Lösung als Einspritzung einmal täglich oder jeden zweiten Tag nach vorhergegangener Borwasserausspülung verwendet. Das Mittel, welches in 25 Fällen von akuter Blennorrhoe versucht wurde, soll in der Regel im Laufe von 8—10 Tagen, am spätesten im Laufe von drei Wochen, Heilung hervorrufen. (Es werden keine Krankengeschichten mitgeteilt.) Ebenfalls in einem einzelnen Falle von Blennorrhoea neonatorum wirkte es stark sekretionsvermindernd. (Im Kopenhagener Kommunehospital wurde Methylenblau s. Z. gegen Blennorrhoe und Ophthalmoblennorrhoe versucht, aber mit so geringem Resultate, daſs die Versuche bald aufgegeben wurden. Ref.)

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Protargol, ein neues Antiblennorrhoicum, von E. Wood Ruggles-Syracuse (Verein. Staaten). Aus der Poliklinik für Krankheiten der Harnwege der Doktoren E. Frank und A. Lewin in Berlin. (*Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg.* VIII. Band, Ergänzungsheft vom 28. Dez. 1897.) In der gröſsten Anzahl der behandelten Fälle verschwanden die Gonokokken schnell und definitiv. Das Mittel erwies sich als reizlos, eine antiseptische Wirkung zum Zweck der Prophylaxe resp.

Heilung einer Sekundärinfektion wird ihm abgesprochen. Hervorgehoben wird gegenüber Argonin die leichtere Löslichkeit und gröfsere Haltbarkeit der Lösungen.

A. Strauſs-Barmen.

Zur Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Protargol nebst einer Besprechung der Irrigationsbehandlung beim frischen Tripper, von R. Barlow-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 45 u. 46.) Verfasser verwandte das Protargol in ¼—½—1%igen Lösungen beim akuten Tripper und konstatierte, daſs dasselbe vorzüglich vertragen wird, fast gar nicht reizt und die Gonokokken sehr schnell vernichtet. Sodann bespricht Verfasser den groſsen Wert der Irrigationsbehandlung der Blennorrhoe bei Erkrankung der Pars posterior. Nachteile irgend welcher Art sah er nach Applikation von Tausenden von Irrigationen nicht. Seine Resultate faſst er in folgenden Sätzen zusammen: 1. Im Protargol hat uns Neisser ein neues Medikament bekannt gegeben, das bei Behandlung des akuten Trippers von ganz vorzüglicher Wirkung ist und fast ausnahmslos reizlos vertragen wird. 2. Besonders günstig scheinen die prolongierten Injektionen zu wirken. 3. Eine Erkrankung der hinteren Harnröhre tritt bei frühzeitiger Protargolbehandlung entschieden seltener ein als bei Anwendung anderer Mittel. 4. Die Irrigationsmethode bei Erkrankung ausschlieſslich der vorderen Harnröhre, sei es, daſs man dieselbe mittels Instrumenten oder durch Irrigatordruck allein ausübt, ist im allgemeinen als entbehrlich zu bezeichnen. 5. Die Irrigationsmethode bei akutem Tripper auch der hinteren Harnröhre ist, soweit nicht in einzelnen Fällen die Geschicklichkeit der Patienten eine Behandlung der hinteren Harnröhre mittels Trippersprütze möglich macht, vorläufig als die beste anzusehen. *A. Strauſs-Barmen.*

Ein Beitrag zur Blennorrhoebehandlung, von Hermann Goldenberg. (*New York. Med. Journ.* 22. Jan. 1898.) Verfasser, der schon lange vor Janet die Irrigationsbehandlung der Blennorrhoe anwandte, dieselbe aber nur für das Frühstadium gelten lassen will, während sie bei bestehenden entzündlichen Erscheinungen kontraindiziert sei, hält dieselbe nur im Krankenhaus, nicht aber immer in der Privatpraxis für durchführbar. Goldenberg empfiehlt nach jeder Richtung hin die von Neisser kürzlich inaugurierte Blennorrhoetherapie mit Protargol. *Eugen Hopf-Dresden.*

Kurze Mitteilungen über die Behandlung der Blennorrhoe mit Protargol, von Wentscher. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 5.) Die Anwendung des Protargol nach dem von Neisser empfohlenen Schema gab in Eichhofs Abteilung bei frischer Blennorrhoe gute Resultate; die Sekretion und Schmerzhaftigkeit lieſsen schnell nach, in 3—4 Wochen war Heilung eingetreten. (Heilung im bakteriologischen oder im klinischen Sinne? D. Ref.) Nur zwei als geheilt entlassene Patienten (von wie vielen? d. Ref.) kehrten nach 2—3 Monaten mit blennorrhoischen Erscheinungen wieder, die aber wahrscheinlich einer erneuten Infektion ihr Erscheinen verdankten. Bei länger bestehender Erkrankung muſste wegen Komplikationen (Epididymitis) die Behandlung oft unterbrochen werden; aber auch hier erfolgte die Heilung in fünf Wochen, nur in zwei Fällen in acht Wochen. Verfasser hält Protargol für ein vorzügliches, bequemes Mittel, empfiehlt die prolongierten Injektionen. (Die Mitteilung ist etwas zu knapp, als daſs die Berechtigung endgültiger Schlüsse daraus dem Leser einleuchten könnte. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Bandlung der Blennorrhoe durch Spülungen mit übermangansaurem Kalium nach Janet, von Niebergall. (*Dtsch. Militärärztl. Zeitschr.* 1897.) In sehr eingehender Weise bespricht Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen im Militärlazarett die Janetsche Behandlungsmethode der Blennorrhoe, wobei er zahlreiche

Punkte aus der Pathologie der Blennorrhoe streift. Seine Anschauungen gehen aus den am Ende der sehr lesenswerten Arbeit aufgestellten Schlufsfolgerungen hervor: 1. Bei jeder Urethritis ist vor Beginn der Behandlung festzustellen, ob es sich um eine blennorrhoica handelt oder nicht (pseudoblennorrhoica), da ja nach dem Ausfall des Befundes eine verschiedene Behandlung notwendig wird. 2. Desgleichen ist festzustellen, ob eine Urethritis anterior oder anterior et posterior vorliegt, weil dieser Unterschied mafsgebend ist für die Behandlung. 3. Bei Beginn der Spülungen sind die extra- und paraurethralen Herde, ebenso wie die intraurethralen, soweit nur möglich zu beseitigen, weil beim Fortbestehen derselben Autoreinfektionen veranlafst werden und die Kur nicht von Erfolg begleitet sein wird. 4. Die Behandlung nach der Janetschen Methode erfordert tägliche mikroskopische Untersuchungen des Harnröhrensekretes, welche am besten an der Morgenabsonderung anzustellen sind. 5. Die Janetsche Kur entspricht am meisten den an eine rationelle Trippertherapie zu stellenden Anforderungen: schnelle Beseitigung der Gonokokken mit möglichst geringer Schädigung der Schleimhaut. 6. Sie wirkt teils mechanisch, teils chemisch, teils spezifisch — letzteres wenigstens sehr wahrscheinlich — auf die Gonokokken durch Hervorbringung einer serösen Reaktion. 7. Die Gonokokken pflegen nur in Ausnahmefällen gleich nach der ersten Spülung zu verschwinden, meist ist dazu eine Anzahl von Spülungen nötig, um durch die dadurch unterhaltene seröse Reaktion dieselben zum endgültigen Schwinden zu bringen. 8. Da durch die Spülungen eine künstliche (ödematöse) Aufschwellung der Harnröhrenschleimhaut hervorgerufen wird, so ist bei an sich bestehender stärkerer entzündlicher Reizung derselben besondere Vorsicht notwendig, da sonst nicht unbedenkliche Folgezustände (Verlegung der Harnröhre und Harnretention) hervorgerufen werden können. 9. Je stärker die natürliche Entzündung, um so schwächer darf daher die durch die Spülung hervorgerufene Reaktion sein. 10. Daher ist bei akuten Trippern mit starken Entzündungserscheinungen die Spülmethode zunächst kontraindiziert; sie ist erst anwendbar nach Rückgang der heftigen Reizerscheinungen. 11. Die akute Blennorrhoe nach Ablauf der entzündlichen Stadiums, die subakute und chronische, sowie die akuten Reizungen der letzteren lassen die Spülungen sofort zu. Nach jedem Stadium regelt sich jedoch die Häufigkeit und Stärke derselben. 12. In keinem Falle dürfen Spülungen häufiger als zweimal in 24 Stunden vorgenommen werden. 13. Die Spülungen sind um so wirksamer, je früher sie gemacht werden. Sie entfernen dann die Gonokokken, bevor sie tiefer in das Gewebe eingedrungen sind und dort krankhafte Veränderungen zu stande gebracht haben. Die Harnröhre kann nach Beseitigung der Gonokokken schnell ad integrum zurückkehren. 14. Deshalb ist bei jedem frischen Tripper die Abortivmethode zu versuchen. Sie setzt aber voraus, dafs höchstens 36 Stunden nach dem ersten Auftreten des Ausflusses vergangen und die Entzündungserscheinungen auch dann nur mäfsig sind. Nach 36 Stunden ist der Erfolg sehr zweifelhaft. 15. Bei der Abortivmethode ist zunächst nur die vordere Harnröhre zu spülen, die hintere dann erst, wenn begründeter Verdacht auf ihre Erkrankung besteht. 16. Die Janetsche Abortivmethode ist sämtlichen bislang geprüften bedeutend überlegen. In den ersten 36 Stunden begonnen, erzielt sie in 77,2 % innerhalb der ersten zehn Tage Erfolg. 17. Kontraindikationen gegen die Janetsche Kur sind: Cystitis und in Entwickelung begriffene Epididymitis, Prostatitis, Spermatocystitis und Folliculitis. Strikturen müssen vor der Kur unter antiseptischen Mafsnahmen dilatiert werden, bis sie dauernd für mindestens Charrière 20 durchgängig geworden sind. 18. Die Methode selbst giebt bei der nötigen Vorsicht und Beachtung der im vorstehenden gegebenen Indikationen und Kontraindikationen nie Veranlassung zum Entstehen von Komplikationen; sie ist dann vollkommen gefahrlos und unschädlich. 19. Die Janetsche Methode kürzt die

Behandlungsdauer der Blennorrhoe ganz wesentlich ab; in den ersten zehn Tagen giebt sie fast 62 % Heilungen, die bis zum Ende der zweiten zehn Tage auf über 75 % steigen. Die Gesamtheilung beträgt 88 %. 20. Sie giebt auch dann noch gute Erfolge wo andere Methoden versagen. 21. Die Spülungen mit Lösungen von übermangansaurem Kalium nach der Janetschen Methode erscheinen in Anbetracht der schnellen Heilung, sowie der durch dieselben bewirkten wesentlichen Kostenersparnis für die militärischen Verhältnisse ganz besonders geeignet und verdienen daher in erster Linie als Behandlungsmethode herangezogen zu werden. 22. Auf Grund statistischer Berechnungen würden im Berichtsjahre 1891/92, wenn die Janetsche Methode schon bekannt gewesen wäre, erspart worden sein an Kosten für Lazarettverpflegung über 200000 Mark. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Der Polizeipräsident von Berlin erläßt folgende Bekanntmachung: „Infolge Erlasses des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, des Herrn Ministers des Innern und des Herrn Kriegsministers vom 18. Mai 1896 mache ich die Herren Civilärzte auf die die Anzeige Syphilitischer betreffenden Bestimmungen in § 65, Absatz 1 und 3, sowie in § 69 des Regulativs vom 8. August 1835 besonders aufmerksam. Dieselben lauten: § 65. Die Anzeige an die Ortspolizeibehörde (§ 9) ist nicht bei allen an syphilitischen Übeln leidenden Personen ohne Unterschied erforderlich, sondern nur dann, wenn nach Ermessen des Arztes von der Verschweigung der Krankheit nachteilige Folgen für den Kranken selbst oder für das Gemeinwesen zu befürchten sind. In diesen Fällen ist der betreffende Arzt dazu verpflichtet, und eine Vernachlässigung seiner desfallsigen Obliegenheiten soll mit einer in Wiederholungsfällen zu verdoppelnden Geldstrafe von 5 Thalern geahndet werden. Syphilitisch kranke Soldaten müssen von den sie etwa behandelnden Civilärzten dem Kommandeur des betreffenden Truppenteils oder dem dabei angestellten Oberarzt angezeigt werden. § 69. Die Polizeibehörden haben dafür zu sorgen, daſs die Ärzte und Wundärzte, besonders die bei den Krankenhäusern angestellten, wenn sie syphilitisch angesteckte Personen in die Kur nehmen, auszumitteln suchen und der Polizeibehörde anzeigen, von dem die Ansteckung herrühre, damit liederliche und unvermögende Personen, von deren Leichtsinn die weitere Verbreitung des Übels zu befürchten und bei denen ein freiwilliges Aufsuchen ärztlicher Hülfe nicht zu erwarten ist, untersucht, in die Kur gegeben und überhaupt die zur Verhütung einer weiteren Verbreitung des Übels durch die Umstände gebotenen Maſsregeln getroffen werden können. — Hierzu bemerke ich, daſs nach früher erlassenen Bestimmungen nicht allein bezüglich der gemeinen Soldaten, sondern auch bezüglich der Portepéefähnriche und Unteroffiziere die Anzeigen bei den Militärbehörden zu erstatten sind. Ferner haben die vorgenannten Herren Minister im erwähnten Erlasse dahin Bestimmung getroffen, daſs unter „syphilitischen Erkrankungen“ nicht nur die konstitutionelle Syphilis, sondern auch Tripper und weicher Schanker nebst Folgezuständen zu verstehen sind.“ — Wir geben den Kollegen den guten Rat, sich nicht an diese bereits fossil gewordene Verordnung zu halten, da sie sonst wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses in einen sehr ernsten Konflikt geraten könnten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

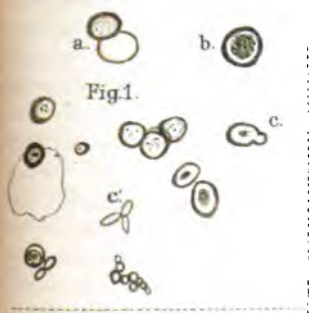


Fig. 1.

Fig. 4.

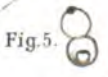


Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

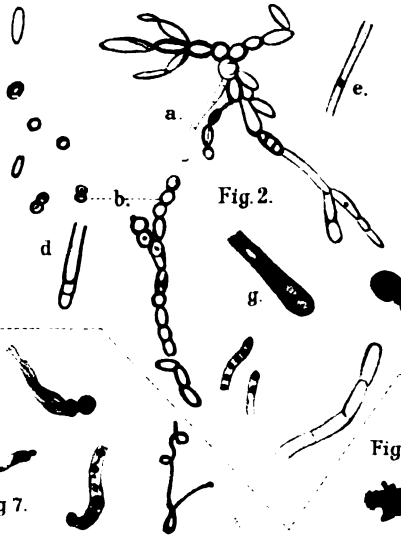


Fig. 2.

Fig. 3.

Dr Klamann del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 8. 15. Oktober 1898.

Histo- und hämatologische Untersuchung eines Falles von Hallopeauscher Dermatitis.

Die Beziehungen dieser Krankheit zur Dermatitis herpetiformis Duhring und zum Pemphigus vegetans.

Von

Dr. Leredde,
Assistent am Hôpital Saint-Louis.

(Mit Tafel V.)

Seit 1895 habe ich Untersuchungen über die Veränderungen der Haut und des Blutes bei der Dermatitis herpetiformis angestellt. Selbstverständlich konnte nicht die Rede davon sein, alle Dunkelheiten, die dieser Dermatose noch anhaften, aufzuhellen; doch bin ich schon zufrieden, wenn es mir gelungen ist, den Weg aufzuweisen, der voraussichtlich die Lösung bringen wird.

Ich will nun zuerst meine Befunde kurz zusammenstellen und auf einige Einwände, die mir gemacht worden sind, antworten.

I.

Die Hautveränderungen bei der Dermatitis herpetiformis.

Die Veränderungen der Cutis sind immer die nämlichen und sie erscheinen als die weitaus wichtigsten, wenn nicht als die allein maßgebenden, da von ihnen diejenigen der Epidermis abhängig sind. Überall, wo Erythem, Vesikeln und Blasen bestehen, stoßen wir auf ein oberflächliches, starkes Ödem der Cutis, infolge dessen alle Lymphspalten erweitert sind. Ferner fällt die Anwesenheit von Zellen, zuweilen in recht zahlreicher Menge, auf, die haufenweise um die Gefäße lagern und überall im Gewebe zerstreut sind; unter ihnen befinden sich Lymphocyten und Bindegewebszellen, zuweilen auch Plasmazellen.[1] Vielkernige Zellen

[1] Bei meinen ersten Untersuchungen war mir diese Zellform entgangen; ich fand sie erst, nachdem ich genaue Kenntnis von der Unnaschen Entdeckung gewonnen hatte.

findet man weder innerhalb noch aufserhalb der Gefäfse, so lange die Vesikeln und Blasen nicht vereitert sind.

Nach UNNA[2] soll eine Diapedese nicht stattfinden, sondern sämtliche Zellhaufen bestänben aus Bindegewebszellen. Indessen die Anwesenheit von eosinophilen Zellen in Cutis und Epidermis widerspricht dieser Annahme.

Innerhalb der Zellhaufen der Cutis und abseits von ihnen kommen immer eosinophile Zellen vor; in einem Fall von Herpes gestationis habe ich weitab von den Gefäfsen ihrer sogar mehr gefunden als in der Nachbarschaft der Gefäfse. In diesem Fall waren sie überhaupt aufserordentlich zahlreich. Die der betreffenden Arbeit beigefügte Tafel belehrt darüber.[3]

Beachtenswert ist ferner das häufige Vorkommen von Pigmentzellen und roten Blutkörperchen in der Cutis. Durch diese Diapedese erklärt sich die hämorrhagische Form der Dermatitis herpetiformis.

Bei den rein erythematösen Formen fehlt jede tiefer greifende Veränderung in der Epidermis; einzelne eosinophile Zellen mögen sich aber wohl zwischen den Zellen der Stachelschicht finden.

Die Vesikeln bilden sich, wie UNNA gezeigt hat, zwischen den Zellen der Schleimschicht, flachen sich an den Rändern ab, beladen sich mit Keratohyalin und werden konisch mit abgeflachten Kernen. Sie enthalten Serum, Fibrin und weifse Blutkörperchen, die zum gröfsten Teil (33—95%) eosinophil sind. Die Blasen bilden sich zwischen Cutis und Epidermis und trennen beide voneinander. Sie enthalten nur wenige weifse Blutkörperchen, die zumeist eosinophil sind, dagegen viel Serum und Fibrin, das wabenartig angeordnet ist. — Die Flüssigkeit dringt in die Epidermis ein und bildet hier, durch Abheben der Hornschicht, auf der Körnerschicht neue Blasen. Diese letzteren kommen zur klinischen Beobachtung. Endlich ist noch die Akanthosis zu erwähnen, die fast regelmäfsig vorhanden ist und von zahlreichen Mitosen begleitet sein kann.

Damit sind sämtliche Hautveränderungen bei der Dermatitis herpetiformis erschöpft. Es ist wunderbar, dafs so geringfügige Störungen so vielgestaltige Ausschlagsformen zu verursachen vermögen. Aber schon aus rein klinischen Gründen läfst sich vermuten, dafs, abgesehen von dem Erythem, den Vesikeln, den Blasen und der Haemorrhagie, die übrigen Veränderungen bei der DUHRINGschen Krankheit sekundärer Natur sind und sich auf eine spätere Infektion zurückführen lassen. Sicher ist z. B. die Pustelbildung nicht primärer Natur, sondern entsteht durch Vereiterung der Vesikeln infolge Autoinokulation beim Kratzen.

---

[2] UNNA, *Histopathologie der Hautkrankheiten*. Artikel: Hydroa.

[3] LEREDDE und PERRIN (Dijon), Pathol. Anatomie der DUHRINGschen Krankheit. (*Annales de Dermatol.* 1895.)

Die Veränderungen des Blutes.

An den roten und weifsen Blutkörperchen habe ich keine nennenswerten Veränderungen gefunden. Die Eosinophilie scheint keine regelmäfsige Eigenschaft zu bilden. Allerdings habe ich keine systematischen Blutuntersuchungen vorgenommen.

Ich erinnere hier daran, dafs im Blutstrom des Erwachsenen die verschiedenen Formen der weifsen Blutkörperchen unter normalen Umständen immer im gleichen Verhältnis zueinander stehen, nämlich: Vielkernige 60—70%; mononukleäre und Lymphocyten 30—40%; eosinophile 1—2%. Bis jetzt habe ich nun ungefähr 20 Patienten mit Duhringscher Krankheit untersucht und immer hat sich ein Procentsatz von 8—15 eosinophilen Zellen auf 100 weifse Blutkörperchen ergeben, in zwei Fällen sogar 22% bezw. 33%.

II.

Bis jetzt ist mir noch keine Arbeit zu Gesicht gekommen, die die Richtigkeit meiner Untersuchungen in betreff der Hautveränderungen bei der Duhringschen Krankheit angezweifelt hätte. Sicher haben schon viele Untersucher, namentlich in Deutschland, diese Veränderungen sowohl bei der Dermatitis herpetiformis wie auch bei jener Form des Pemphigus, die wir in Frankreich gleichfalls zur Dermatitis herpetiformis rechnen, zum Gegenstand ihrer Studien gemacht; aber sie haben die Präparate vorher immer in Alkohol fixiert, wodurch die Erkennung der eosinophilen Zellen in den Schnitten verhindert wird. Ich habe dagegen zum Härten immer Sublimat angewandt, wobei die eosinophilen Zellen sich immer leicht mit einem Gemisch von Orange und Säurefuchsin[4] färben lassen.

Darier[5] hat meine Angaben nachgeprüft und bestätigt gefunden. Auch Gilchrist, dessen Untersuchungen sich allerdings nicht auf das Blut erstreckten, kommt zu den nämlichen Ergebnissen. Meines Erachtens kommt aber auch dem histologischen Befund bei den Hautveränderungen eine viel gröfsere Bedeutung zu und ich glaube nicht, dafs man den Wert der von mir gewonnenen Ergebnisse sonderlich herabdrückt, wenn man sich damit begnügt, blofs meine Untersuchungen über das Blut und über den Inhalt der Blasen und Vesikel anzugreifen.

1. Ich habe behauptet, die Eosinophilie des Blutes bilde einen regelmäfsigen Befund bei allen Leuten, die mit Duhringscher Krankheit behaftet sind. Einzelne Forscher haben diese Eosinophilie nun nicht bestätigen können. Indem ich voraussetze, dafs ihre Technik bei der Untersuchung eine einwandsfreie war und dafs die Fälle, die sie studierten,

[4] *Orange* 1,0. *Säurefuchsin* 1,0 } Beide Lösungen sind miteinander zu mischen.
Aq. 100,0. *Alkohol 60%* 100,0 }

[5] *Annales de Dermatologie.* 1895.

wirklich Fälle von Duhringscher Krankheit waren, muſs ich einräumen, daſs ich im Unrecht war, als ich meine persönlichen Erfahrungen gleich in der angegebenen Weise verallgemeinerte. Dabei muſs ich aber wieder bemerken, daſs vermutlich nur die negativen Befunde sämtlich veröffentlicht sind, während manche Fälle mit positivem Befund mit Stillschweigen übergangen wurden. Denn häufig sind wir schneller bei der Hand, wenn es sich darum handelt, einer vorgetragenen Behauptung zu widersprechen, als wenn es gilt, sie zu bestätigen. Ich hätte mich also richtiger ausgedrückt, wenn ich geschrieben hätte, die Eosinophilie des Blutes findet sich in 80—90% aller Fälle der Duhringschen Krankheit. Selbst dieser Procentsatz wird bei keiner anderen Erkrankung der Haut oder der Eingeweide erreicht.

Auſserdem kann diese Eosinophilie nun aber, wie ich erwähnt habe, in der Zwischenzeit zwischen zwei Anfällen verschwinden. Vielleicht erklärt es sich auch aus diesem Verhalten — das übrigens auch für die Bedeutung des Symptoms spricht —, warum manche Untersucher die Eosinophilie nicht gefunden haben; sie haben eben zu einer Zeit untersucht, da sie nicht vorhanden war. Möglich ist es endlich auch, daſs die Eosinophilie Tagesschwankungen unterworfen ist. Ich wenigstens bin geneigt, auf diese Weise die seltenen Fälle zu erklären, wo man zahlreiche eosinophile Zellen in Vesikeln und Blasen, aber keine im Blut gefunden hat. (Gaucher, Brocq.) Wer aber die Bedeutung der Eosinophilie des Blutes für die Duhringsche Krankheit bestreiten wollte, der müſste Fälle nachweisen können, die alle sonstigen klinischen Eigenschaften dieser Dermatose besitzen, eosinophile Zellen aber trotz wiederholter Untersuchungen während der einzelnen Schübe vermissen lassen.

2. Ich habe ferner behauptet, daſs sich unter den Zellen im Blasen- und Vesikelinhalt vor Beginn der Vereiterung regelmäſsig eosinophile Zellen in groſser Zahl befinden.

Es ist von Wichtigkeit, bei demselben Patienten den Inhalt mehrerer Blasen und mehrerer Vesikel zu untersuchen; denn es kommt vor, daſs die eine oder die andere Hautblase nur wenig eosinophile Zellen enthält.

Auf das Vorkommen zahlreicher eosinophiler Zellen in den Blasen des Pemphigus — Pemphigus im Sinne der Wiener Schule — hatten schon Neusser, Lukasiewicz u. a. hingewiesen. Seit meiner Mitteilung in der Dermatologischen Gesellschaft zu Paris haben aber auch viele Untersucher eosinophile Zellen in groſsen Mengen in den Vesikeln und Blasen der Dermatitis herpetiformis nachgewiesen.

Die Kritik hat angedeutet, daſs solche Zellen möglicherweise auch bei anderen Dermatosen in den Hautblasen zu finden seien und hat daraufhin ihren symptomatischen Wert bezweifelt. In That und Wahrheit

giebt es aber, abgesehen vom Pemphigus und einigen Formen des Erythema polymorphum, gar keine vesikulöse oder bullöse Erkrankung, bei der die eosinophilen Zellen häufig und in grofser Anzahl in den Hautblasen anzutreffen wären.

Die diagnostische Bedeutung des von mir gefundenen Symptoms darf nur dann in Frage gestellt werden, wenn das Blut frei von Eosinophilie ist. Sind aber in gewissen Fällen von Erythema polymorphum verum und Pemphigus verus die Epidermisblasen mit eosinophilen Zellen angefüllt, so spricht das meines Erachtens dafür, dafs zwischen diesen Fällen und der DUHRINGschen Form eine innige Beziehung besteht und könnte, vom Standpunkte einer allgemeinen Pathologie aus, als Beweis für den Wert der von mir beschriebenen Haut- und Blutveränderungen gelten.

3. Ich habe behauptet, dafs die Untersuchung des Blutes und des Blasen- und Vesikelinhalts uns in den Stand setzt, die Dermatitis herpetiformis vom Pemphigus zu unterscheiden. Allerdings sind von deutschen Untersuchern zahlreiche eosinophile Zellen in dem Blut und in den Flüssigkeiten der Epidermisblasen gefunden worden, aber diese Forscher gebrauchen das Wort Pemphigus alle im Sinne der Wiener Schule und die von ihnen untersuchten Fälle waren zum gröfsten Teil, wenn nicht sämtlich, Fälle von Dermatitis herpetiformis. Bei den Pemphigusfällen dagegen, mit denen ich meine Untersuchungen begann, und die ich im Hôpital Saint-Louis unter Händen hatte, handelte es sich um Dermatitis bullosa congenita. Weder der Pemphigus vegetans noch der Pemphigus BENIER kam damals für mich in Frage.

III.

In der vorliegenden Abhandlung will ich, entgegengesetzt meiner früheren Annahme, zeigen, dafs die Dermatitis herpetiformis keineswegs ein so abgeschlossenes Krankheitsbild darstellt, wie man es nach den klinischen Untersuchungen von DUHRING und von BROCQ glauben könnte, und dafs mehrere klinische Typen von ganz verschiedenartigem Gepräge, so die HALLOPEAUsche Dermatitis, der Pemphigus vegetans NEUMANN, Varietäten einer Krankheit bilden, die zwar noch nicht genügend abgegrenzt ist, die aber eine bestimmte pathologisch-anatomische Grundlage hat.

HALLOPEAU war so liebenswürdig, mir einen Fall der von ihm als „Dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progression excentrique" beschriebenen Krankheit zur histologischen Untersuchung zu überlassen. HALLOPEAU selber hat diesen Fall unter dem Titel Pyodermitis vegetans ausführlich im *Archiv für Dermatologie* (1898. Band 43—44, S. 289) veröffentlicht. In Bezug auf die klinischen Einzelheiten sei auf diese Arbeit verwiesen. Es handelte sich um einen durchaus typischen Fall, bei dem

die Genitalien und ihre Umgebungen von kondylomatösen Neubildungen, die stellenweise Wucherungen und Pusteln aufwiesen, bedeckt waren, während auf Mund- und Zungenschleimhaut Knötchen und kleine Pusteln saſsen.

Die von mir vorgenommene Biopsie betraf eine Stelle in der Nähe der Vulva, die als erbsengroſse Masse hervorragte und eine zottige Oberfläche hatte. Das ausgeschnittene Präparat wurde in einer Lösung von Sublimat und Doppel-Chromsäure nach ZENKER gehärtet.

Schon bei schwacher Vergröſserung gewahrte man eine ungeheure Hypertrophie der Epidermis, die interpapillären Zapfen bildeten Wucherungen, sie waren zum Teil lang und zart, zum Teil bildeten sie Keulen. Die Papillen sind äuſserst lang, teils recht dünn, teils aber auch derber. Sowohl in den wuchernden Zapfen wie auch in sämtlichen Schichten der Stachelschicht finden sich Höhlungen, die sich teilweise gegen die Hautoberfläche hin öffnen. Einzelne dieser Hohlräume sind fast leer, andere mit horniger Masse, die tiefstliegenden mit Zellen angefüllt. Auch die orange gefärbten Zellhaufen erkennt man schon bei dieser schwachen Vergröſserung. (Vergl. die Tafel.) Das Bindegewebe der subpapillären Gefäſsschicht ist ziemlich derb, wie in den Papillen. Ebenso ist das Bindegewebe in den tiefern Lagen der Cutis verdickt und besteht aus Bündeln, die das Thionin begierig aufnehmen, ebenso auch das Säurefuchsin. Auch bemerkt man viele erweiterte Venen; das Bindegewebe, in das sie eingelagert sind, hat mit demjenigen der Papillen in seinem Aussehen groſse Ähnlichkeit.

Ich habe nun der Reihe nach die Epidermis, den Papillarkörper und die Cutis bei starker Vergröſserung untersucht (Leitz, Ocul. 3. Immersion 1/12).

Epidermis. Die Zellen der Stachelschicht sind weder innerhalb der Zapfen noch unter den Papillen merklich verändert, erwähnenswert sind hier nur die Erweiterung der perinukleären Hohlräume und die häufige Pigmentierung der Elemente der Keimschicht, sowie der darüberliegenden Teile. Die Pigmentkörner sind im allgemeinen rings um die Kerne in den perinukleären Hohlräumen zusammengedrängt, doch finden sich auch pigmentierte Linien in den erweiterten interepithelialen Spalten, gleichsam als ob das Pigment mit einer strömenden Flüssigkeit dahingelangt wäre.

Von Karyokinese fehlt jede Spur; vielleicht hat der Wucherungsprozeſs einen Stillstand erfahren, vielleicht geht er nur ungeheuer langsam vor sich. Für letzteres scheinen die Epidermishöhlungen verschiedenen Baues in den verschiedenen Schichten der Epidermis zu sprechen.

Die einzelnen Hohlräume sind ungleich groſs. In der Nähe der Cutis sind sie mit Zellen gefüllt und von diesen sind 95% eosinophil. Einzelne von ihnen scheinen epidermaler Herkunft, indem die begrenzenden Zellen

in die Höhlungen abgestofsen wurden. In den sehr grofsen Vesikeln, die nahe der Cutis liegen und deren Inhalt fast gänzlich herausgefallen ist, findet man ausschliefslich eosinophile Zellen. (Vergl. die Tafel.)

Die Wandungen der Bläschen werden von den Zellen der Stachelschicht gebildet; letztere sind um so flacher, je gröfser die Höhlen sind. Etwas anders gestaltet sich die Wand der höher gelegenen Höhlen. Sie ist mit Lamellen von Horngewebe ausgekleidet und rings herum befindet sich eine Schicht von mit Keratohyalin beladenen Zellen, welche mit denen der Körnerschicht identisch sind; ganz nach aufsen endlich findet man die glatten Zellen der Stachelschicht wieder. Aber der Inhalt der Höhlen unterscheidet sich nicht von dem der tiefer gelegenen.

Die Vesikelwandung keratinisiert also in physiologischer Weise. Danach läfst sich die Bildung der oberflächlichen Höhlungen beurteilen, die mit Hornsubstanz angefüllt sind, mit koncentrisch gelagerten Lamellen und mit Zellen, deren Inneres aufgehellt, deren periphere Teile dicht sind und deren ganz atrophischer Kern das Hämatein nicht mehr aufnimmt.

Im Innern der Höhlen finden sich neben Kernen, die sich mittelst der basischen Farben bald besser, bald schlechter färben lassen, noch körniger Detritus von trübem Aussehen, der die sauren Farben leicht annimmt; er besteht aus zertrümmerten eosinophilen Zellen. — Wenn sich die Höhlen nach aufsen öffnen, so bilden sie einen mit verhornter Substanz gefüllten Trichter.

Stellenweise, namentlich in der Nähe der Cutis, stöfst man auf Scharen von eosinophilen Zellen, die in der Wanderung nach der Epidermis zu begriffen sind; manchmal stauen sie sich auch zu beträchtlichen Haufen auf. Man kann auch die Bildung von Vesikeln beobachten. Man mufs nur im Auge behalten, dafs überall da, wo sie sich bilden, eine grofse Anzahl eosinophiler Zellen in der Cutis sich ansammelt. — Doch finden sich einzelne eosinophile Zellen auch wohl fern von den Vesikeln dicht an der Hautoberfläche, wie als ob sie sich in den Spalten der Stachelschicht verirrt hätten.

Die oberflächliche Hornschicht ist beinahe normal, nur ihre Dichtigkeit und ihre Dicke haben etwas zugenommen.

Die Cutis. Bei den mit Thionin gefärbten Präparaten tritt die Proliferation der Bindegewebszellen sehr deutlich hervor. Sie sind sowohl an der Oberfläche wie in der Tiefe sehr zahlreich; in den tieferen Schichten der Cutis, wo sie seltener werden, liegen sie abgeplattet zwischen den auseinander gedrängten Bindegewebsbündeln. Ihr Kern ist sehr stark färbbar und ihr weit ausgedehntes Protoplasma färbt sich mit Thionin. In den Papillen dagegen und dem subpapillaren Netz ist das Protoplasma der Bindegewebszellen nicht mehr färbbar. In den Öffnungen der Lymphspalten finden sich mehr Zellen als im Normalen.

In manchen Papillen sind nur einzelne eosinophile Zellen vorhanden, im allgemeinen sind sie aber sowohl in den Papillen wie unterhalb der interpapillaren Leisten äufserst zahlreich. Sie haben nicht die Neigung, sich um die Gefäfse anzusammeln, verstreuen sich vielmehr im Gewebe. In den tieferen Lagen der Cutis werden sie indessen seltener, hier trifft man sie nur um die Gefäfse herum.

Stellenweise zeigen sich einfache polynukleäre Zellen. Mastzellen sind nur auffallend schwach vertreten. Erwähnt sei endlich noch die Anwesenheit von Pigmentzellen unmittelbar unter der Epidermis und von einzelnen Plasmazellen um die Gefäfse der subcutanen Gegend.

Das Ödem ist in den oberflächlichen Schichten der Cutis unverkennbar, alle Lymphspalten daselbst sind erweitert. — In den Bindegewebsspalten kommen zahlreiche Fasern von Elacin vor.

Untersuchung des Blutes. Das Verhältnis der leukocytären Zellen ist folgendes:

Polynukleäre 49%.
Mononukleäre und Lymphocyten 35%.
Eosinophile 16%.[6]

IV.

Die Frage nach der Beziehung der HALLOPEAUschen zur DUHRINGschen Dermatitis ist von WICKHAM und HUDELO in einer Arbeit untersucht worden, nachdem sie Gelegenheit gehabt hatten, beide Formen nacheinander an dem nämlichen Individuum zu beobachten. Aber dieser eine Fall genügte nicht, um die Frage zu lösen, und weitere gleichartige Beobachtungen liegen bis jetzt nicht vor. Doch ist zuzugeben, dafs zwischen beiden Formen unverkennbare klinische Unterschiede bestehen; denn der HALLOPEAUsche Typus macht den Eindruck einer parasitären, örtlichen Erkrankung, bei der Dermatitis herpetiformis DUHRING dagegen ist die gesamte Haut in Mitleidenschaft gezogen. HALLOPEAU nimmt übrigens einen Zusammenhang zwischen seiner und der DUHRINGschen Form nicht an.

Ich glaube nun, dafs die histologische Beschreibung, die ich gegeben habe, die Schwierigkeit löst, und dafs zwingendere anatomische Gründe für die Identität beider Prozesse gar nicht gefunden werden können.

Bei beiden Krankheiten sind die Veränderungen des Blutes und der Haut in Bezug auf das cytologische Verhalten ganz dieselben.

---

[6] Die Zahl der mononukleären und der Lymphocyten scheint mir bei der DUHRINGschen Krankheit ganz normal zu sein. Die Vermehrung der eosinophilen scheint auf Kosten der vielkernigen Zellen zu stande gekommen zu sein. Wenn sich das immer so verhalten sollte, so liefsen sich daraus wichtige Schlüsse ziehen. Die vielkernigen Zellen sind bekanntlich keine Lymphzellen, sie entstehen ausschliefslich im Knochenmark. Einzelne eosinophile Zellen finden sich auch normalerweise aufserhalb der Gefäfse in den Drüsen und in der Milz; doch scheint das Knochenmark, wenn nicht ihre ausschliefsliche, so doch auch ihre Hauptbildungsstätte zu sein. (EHRLICH.)

Ferner: Die Vesikeln bilden sich bei beiden Krankheiten zwischen den Stachelzellen; die letzteren flachen sich ab und keratinisieren alsdann an den Rändern; auch füllen sich bei der HALLOPEAUschen Form sowohl wie bei der DUHRINGschen die Vesikel besonders mit eosinophilen Zellen.

Diejenigen Punkte, in denen beide Krankheiten voneinander abweichen, sind nur nebensächlicher Natur und beziehen sich nur auf Einzelheiten, wenn dadurch auch klinisch verschiedene Bilder entstehen. Wenn sich z. B. in der HALLOPEAUschen Krankheit die Vesikel mit Hornsubstanz beladen, so hat das seinen Grund darin, daſs sie langsam in die wuchernde Epidermis hinaufsteigen. Dieser Status vegetans selber kommt auch bei einigen Formen der DUHRINGschen Krankheit vor (Typus vegetans HALLOPEAU). Er scheint durch eine Infektion von Mikrobien bedingt, welchen auch die Pustelbildung zur Last fällt, die man an einzelnen Stellen der Wucherungen beobachten kann.

Im ganzen aber will es mir scheinen, daſs die HALLOPEAUsche Krankheit in Wirklichkeit keine rein örtliche Dermatose darstellt, denn sie befällt gleichzeitig mehrere Körperstellen. Richtiger wäre es daher vielleicht, sie als eine Allgemeinerkrankung mit mehrfachen, wenn auch wenig zahlreichen Lokalisationen aufzufassen. Allerdings kennen wir auch noch nicht alle Formen der DUHRINGschen Dermatitis herpetiformis, und erst kürzlich, im Juli 1898, hat BROCQ in der Société de Dermatologie de Paris einen Mann vorgestellt, bei dem sich die charakteristischen Elemente der DUHRINGschen Krankheit beständig im Gesicht neu bildeten.

Wie die letztgenannte Dermatose, so vermag übrigens auch die Syphilis Exantheme und örtliche Erscheinungen hervorzurufen, die dann auch noch — infolge einer von auſsen hinzutretenden Infektion (UNNA) — den vegetierenden Charakter anzunehmen vermögen.

HALLOPEAU giebt zu, daſs auf dem Boden einer Dermatitis herpetiformis sich sehr wohl Keime entwickeln können, durch die wiederum die Bildung von Pusteln und Vegetationen herbeigeführt wird und legt sich den Fall von WICKHAM und HUDELO in dieser Weise zurecht. Ich dagegen erblicke in der Dermatitis pustulosa et vegetans und in der Dermatitis herpetiformis DUHRING je eine klinische Form der zu Grunde liegenden Bluterkrankung. Dank dieser Auffassung ist das Zusammentreffen beider Formen dann sehr leicht zu erklären.[7] Der Pemphigus vegetans NEUMANN scheint eine dritte klinische Form der nämlichen Grundkrankheit zu sein; allerdings habe ich einen derartigen Fall noch nicht zu Gesicht bekommen.

[7] Nach HALLOPEAU beginnt die Krankheit mit einer Pustel; aber es ist noch erst zu beweisen, daſs die oberflächliche Pustel nicht die Wirkung einer tiefersitzenden Vesikel ist. Und selbst bei den Veränderungen, die mit Abscessen in der Epidermis einsetzen, ist es noch zu erklären, wie die Mikroorganismen hinreichen, um die Bildung von Vesikeln in den Epithelleisten, die Diapedese der eosinophilen Zellen und die Veränderungen des Blutes zu bewirken.

V.

Die Veränderungen, die KÖBNER und DU MESNIL DE ROCHEMONT beim Pemphigus vegetans beschrieben haben, sind sowohl denen bei der Dermatitis herpetiformis DUHRING sehr ähnlich, wie auch andererseits den Veränderungen bei der HALLOPEAUschen Krankheit, wie ich sie soeben geschildert habe. DU MESNIL DE ROCHEMONT hat beobachtet, dafs sich die Blasen sowohl in der Epidermis, wie auch zwischen dieser und der Cutis bildeten.

Die Leisten der Epidermis sind von Wanderzellen durchsetzt, die auch zwischen den Zellen der Stachelschicht Haufen bilden.

In einer Arbeit von J. FORDYCE[8] bin ich auf eine merkwürdige Angabe gestofsen, durch welche die Vesikeln der NEUMANNschen Krankheit in noch nähere Beziehung zu denen des HALLOPEAUschen Typus gebracht werden. Auf einer beigefügten Tafel sind die Veränderungen beim Pemphigus vegetans abgebildet, die nach Angabe des Verfassers mit denen der Dermatitis herpetiformis wohl verwandt sind, sich aber dadurch unterscheiden, dafs bei ihnen die Entzündung ihren Sitz in den Schweifsdrüsen hat. Nun ist aber in einer tiefen Wucherung der Epidermis unterhalb einer mit Zellen angefüllten Vesikel eine zweite Höhlung abgebildet, die in ihrer Mitte eine zweifelsohne celluläre Masse enthält und deren Wand von einem nach aufsen aus koncentrisch geschichteten Zellen, aus einer Körnerschicht und einer äufserst dicken Hornschicht besteht. Diese Veränderung wird in der Arbeit selber nicht weiter beschrieben, aber die Betrachtung der Tafel genügt schon, um sich zu überzeugen, dafs wir die nämliche Bildung vor uns haben, wie ich sie bei der HALLOPEAUschen Dermatitis beschrieben habe; hier wie dort füllt sich die Vesikel zur Zeit der hornigen Umwandlung mit zelligen Elementen.

Die deutschen Untersucher, die zur Härtung den Alkohol anwenden, sind gar nicht im stande, von dem Vorhandensein eosinophiler Zellen beim Pemphigus vegetans zu reden. Die Untersuchung des Blutes haben sie fast jedesmal vernachlässigt. Nur in einem Fall, wo NEUMANN diese Untersuchung vornahm, konnte er auch eine grofse Anzahl eosinophiler Zellen in den Blasen nachweisen.

VI.

Das Vorhergehende genügt meines Erachtens, um zu erklären, warum ich der Anwesenheit eosinophiler Zellen in Blut und Haut bei den in Rede stehenden Krankheiten eine so grofse Bedeutung beimesse. Dafs die Eosinophilie nicht das ganze Wesen der Krankheit ausmache, weifs

[8] *Journal of Cut. and Gen.-Ur. Diseases.* Nov. 1897. Bericht über einen schweren Fall von Dermatitis herpetiformis, der manche Ähnlichkeit mit der Impetigo herpetiformis darstellte.

ich so gut wie jeder andere. Sie kommt auch bei andern Krankheiten und sogar auch bei andern Hautkrankheiten vor als nur bei den Formen von DUHRING, HALLOPEAU und NEUMANN. Aber der Ansicht von HALLOPEAU, wonach die Eosinophilie sich auch bei gesunden Personen zeigt, vermag ich nicht beizupflichten, wenigstens habe ich noch keinen Fall beobachtet, der zu ihren Gunsten spräche. Wäre aber auch die Eosinophilie die einzige pathologische Abweichung bei einem Individuum, so müfste man sie doch als etwas Krankhaftes betrachten und ihre Ursache zu ermitteln suchen.

Sie bildet eine Veränderung des Blutes, bedeutet aber an und für sich nichts Spezifisches, so wenig wie die Leukocytose oder die Vermehrung der einen oder der andern Form der weifsen Blutkörperchen. Wie diese, so kommt auch die Eosinophilie bei verschiedenen Krankheiten vor; aber bei keiner Form bildet sie ein regelmäfsigeres Symptom, bei keiner spielt sie eine gröfsere Rolle in den örtlichen Erscheinungen, als bei der Dermatitis herpetiformis, der HALLOPEAUschen und sicher auch der NEUMANNschen Krankheit.

Die Eosinophilie des Blutes läfst sich meines Erachtens nicht aus der eosinophilen Beschaffenheit der Haut erklären. Im gesunden Zustand erzeugt die Haut keine eosinophilen Zellen, und kein Befund in meinen Untersuchungen berechtigt mich zur Annahme, dafs sie es im kranken Zustand thäte. — Wohl aber ist die Eosinophilie des Blutes die Ursache für diejenige der Haut und die letzte Ursache der Krankheit hätte man in einer Veränderung zu suchen, von der die Werkstätten der eosinophilen Zellen betroffen sind. — Bei der DUHRINGschen Krankheit genügt das regelmäfsige Vorkommen einer Blutveränderung, um die Theorie eines nervösen Ursprungs des Leidens zurückzuweisen. Es handelt sich hier um eine Hämatodermitis; welches aber ist die Ursache der Blutkrankung? Ich habe bereits einmal die Dermatitis herpetiformis mit der Syphilis verglichen und ich erinnere hier daran, dafs diejenigen Krankheiten, bei denen die Eosinophilie vor allem beobachtet wird, die Syphilis und die Lepra, parasitärer Natur sind.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Abbildungen:

a) Anhäufung eosinophiler Zellen in der Epidermis.
b) Bildung von Vesikeln, die mit eosinophilen Zellen gefüllt sind.
c) Fast leere Vesikel mit wandständigen eosinophilen Zellen.
d) Vesikeln, die mit Horngewebe umsäumt sind.
e) Vesikeln, die mit Hornmasse und mit Trümmern von eosinophilen Zellen gefüllt sind.
f) Eine Vesikel, die sich an der Hautoberfläche öffnet.

Die in der Cutis verstreuten eosinophilen Zellen sind an der Orangefärbung kenntlich.

Bemerkungen über venerische Katarrhe bei Frauenzimmern.

Von

Prof. Dr. R. Bergh.

Die venerischen Katarrhe sind in den letzten etwa 20 Jahren, seit Entdeckung der Gonokokken und den daraus gezogenen Konsequenzen, denen ein schweres Kreuz geworden, die als Ärzte mit diesen Affektionen zu thun haben, den Gynäkologen gewifs nicht weniger als den Andrologen. Die Garantien, welche jetzt, besonders in einer gewissenhaften Hospitalpraxis, eigentlich zu verlangen sind, um in casu eine dieser Affektionen als geheilt zu erklären, sind derart, dafs sie mitunter als unmöglich bezeichnet werden. Allmählich scheint sich daher in diesen Verhältnissen ein Pessimismus zu verbreiten, der in kurativer Beziehung hier und da in einen vollständigen Nihilismus zu entarten droht. Verneinen läfst es sich ja auch nicht, dafs jener besonders wissenschaftlich interessante und wertvolle Fund uns in kurativer Beziehung kaum viel weiter gebracht hat. Wie früher brauchen wir gegen diese Leiden noch hauptsächlich die herkömmlich bewährten oder verwandten Injektionsmittel, vorzugsweise die, die wir jetzt als baktericide auffassen, dann die adstringierenden.

Bei dem so aufserordentlich verbreiteten Vorkommen von Urethritis beim männlichen Geschlecht sind die Frauenzimmer, die mit vielen Männern ganz intim verkehren, der Ansteckung mit venerischen Katarrhen sehr ausgesetzt. Die öffentlichen Dirnen und ähnliche Individuen erwerben deshalb meistens schnell Urethritis sowie cervikalen Katarrh, und bei einer nicht geringen Anzahl derselben gehen solche in eine latente, ab und zu rekurrierende, chronische Form mit oder ohne Gonokokken über. Trotzdem giebt es einzelne dieser Frauenzimmer, die trotz vieljährigem Praktizieren und häufig wiederholten Untersuchungen nie solche Affektionen gehabt zu haben scheinen.

Dem letzten Berichte des Vestre-Hospitals,[1] dem von 1897, zufolge litten von den in diesem Jahre in allem 1783 (1248 + 535) behandelten Individuen der öffentlichen und der geheimen Prostitution 699 (389 + 310) an Urethritis, 226 (138 + 88) an Cervikalkatarrh, 111 (60 + 51) an vulvo-vaginalen Affektionen, während Vulvitis nur bei 16 (2 + 14), Vaginitis nur bei 10 (1 + 9) und ano-rektale Blennorrhoe nur bei 9 (5 + 4)

[1] Vestre-Hospital in 1897. 1898 (pag. 1—38).

Individuen gefunden wurden; viele hatten gleichzeitig mehrere dieser genitalen Katarrhe. Die Anzahl der wirklich vorhandenen kann (wenn von dem ano-rektalen abgesehen wird) wahrscheinlich kaum wesentlich gröfser gewesen sein, weil jedes in das Spital geschickte Individuum, ohne Rücksicht auf die mitfolgende vorläufige Diagnose, besonders in Bezug auf Gonokokkengehalt der genitalen Sekrete öfter untersucht wird. Selbst in Fällen, wo kein Sekret gesehen wird, wird die Schleimhaut der Urethra und des Cervikalkanals mit einer kleinen löffelartigen Platinspatel leicht geschabt und das Abgeschabte untersucht, indem es ja bekannt ist, dafs die Schleimhäute — trotz Fehlen aller gewöhnlichen subjektiven und objektiven Symptome — doch Gonokokken bergen können, die gelegentlich das Auflodern eines gonokokkischen Katarrhs veranlassen können.

Alle genitalen Katarrhe dieser Frauenzimmer sind nun aber nicht immer gonokokkischer Natur.

Von den erwähnten 699 (389 + 310) Individuen mit Urethritis zeigten nur 586 oder gegen 84% Gonokokken. 113 (70 + 43) oder gegen 16,2% der Individuen boten nur ein meistens weifsliches Sekret dar, in dem mehrere (2—12) Untersuchungen nie Gonokokken hatten nachweisen können, wohl aber andere Bakterien und besonders eine kleine gegliederte Form; die meisten öffentlichen Dirnen dieser Kategorie hatten früher eine echte Gonorrhoe gehabt. Mehrere dieser pseudo-gonorrhoischen, urethrorrhoischen Fälle, die übrigens wie die echten gonorrhoischen und oft ebenso langsam verlaufen, recidivierten in derselben Form. Zwei junge, öffentliche Dirnen sind im Laufe der zwei letzten Jahre mit Recidiv einer solchen Pseudo-Gonorrhoe mehrere Male in das Spital geschickt worden, ohne dafs sich bei den zahlreichen Untersuchungen jemals Gonokokken gezeigt haben. — Oft scheint eine echte Gonorrhoe als Überrest eine solche Urethrorrhoe zu hinterlassen. Leider ist es noch immer sehr zweifelhaft, ob diese urethrorrhoische Form wirklich ansteckungsfrei ist.

Die Parurethritis, die Affektion der parurethralen Krypten und Gänge (Guerinsche, Skenesche Drüsen), die so oft neben der Urethritis vorkommt, zeigt in bakteriologischer Beziehung dieselben Verhältnisse wie diese. In 1897 kamen 112 (56 + 56) Fälle vor, meistens (75) mit Urethritis zusammen. Das gewöhnlich weifsliche, mitunter breiartige Sekret enthielt bei den meisten Individuen Gonokokken; ein in der Tiefe der Gänge gebliebener Überrest von Sekret kann neue Infektion der Urethra veranlassen und ein Recidiv einer Urethritis vortäuschen.

Ziemlich ähnlich sind auch die Verhältnisse bei den so schwierigen Cervikalkatarrhen. Im Spitale kamen, wie erwähnt, 226 Fälle von solchen vor. Von denselben waren 117 (73 + 44) oder fast 52% wirkliche cervikale Gonorrhoen, bei 70 mit Urethralleiden vergesellschaftet.

Mehrere derselben simulierten gesunde Verhältnisse, indem sich höchstens ein minimaler, glasklarer Ausfluſs fand, welcher aber oder beim Fehlen auch von solchem das von den Wänden des Kanals Abgeschabte doch Gonokokken enthielt. Auch dieser Zustand kann sich, lange aller Behandlung trotzend, monatelang erhalten. In mehreren Fällen zeigten sich die Gonokokken erst nach Eintreten der Menstruation, eine Thatsache, die den landläufigen Angaben vieler Männer von Ansteckung mit Tripper durch menstruierende oder eben menstruierte Frauenzimmern entsprechen würde. Sonst schienen die Katamenien mitunter eine Zunahme der Gonokokkenbildung zu veranlassen, mitunter dieselbe gar nicht zu beeinflussen. — Aufserdem kamen 109 Fälle (65 + 44) Fälle von, wie es schien, gonokokkenfreiem Cervikalkatarrh vor, bei welchen nämlich wiederholte Untersuchungen keine Gonokokken nachweisen konnten. Aber die meisten (58) dieser Individuen hatten zugleich verschiedenartige urethrale Affektion. Viele dieser Individuen, besonders der öffentlichen Dirnen, hatten früher wirkliche Cervikalgonorrhoe gehabt, und der jetzige Katarrh war meistens wohl Überrest oder Folge derselben.

Wie in den alljährlichen Berichten des Spitals öfter angegeben, lassen sich in den meisten Fällen von Affektionen der vulvo-vaginalen Gänge (die Drüse selbst ist ja seltener dabei beteiligt) Gonokokken nachweisen. So auch heuer bei den meisten der 111 (60 + 51) Individuen, bei welchen hierauf untersucht wurde; in einzelnen Fällen, besonders im Pus der akuten Abscesse (30 [15 + 15]) wurden keine Gonokokken, nur Staphylokokken und andere Bakterien nachgewiesen. 89 (41 + 48) dieser Individuen hatten gleichzeitig urethrale Affektion, zehn auch einfachen und neun gonorrhoischen Cervikalkatarrh.

Die seltenen Fälle von Vulvitis (16) und von Vaginitis (10) waren immer mit gonorrhoischen Katarrhen vergesellschaftet, aber an und für sich, wie gewöhnlich bei Erwachsenen, wahrscheinlich nicht gonorrhoischer Natur. Mitunter läfst sich jedoch, besonders bei gleichzeitiger Affektion der vulvo-vaginalen Gänge, aus sehr weiten Krypten und Follikelmündungen des Vestibulums ein weifsliches, gonokokkenhaltendes Sekret ausdrücken.[2]

Die Resultate der Behandlung der venerischen Katarrhe des weiblichen Geschlechts sind noch weniger erbaulich als die beim männlichen.

Wenn die erste akute, gewöhnlich ganz kurz dauernde Periode eines solchen, besonders des Urethral-Katarrhs, vorbei ist, scheinen die (augenblicklich grassierenden) Gonokokken tötenden Silbersalzverbindungen (Argentamin, Argonin, Protargol, Largin) meistens von ganz guter Wirkung.

[2] R. Bergh, Beitr. z. Kenntn. d. Entzünd. d. Gland. vestibul. maj. (Bartholini). *Monatsh. f. prakt. Dermatologie.* XXI, 8. 1895. S. 378.

Ich muſs aber bekennen, daſs ich keinen nennenswerten Unterschied in der Wirkung und in der Wirksamkeit dieser Mittel habe konstatieren können; die gewöhnlich gebrauchten Lösungen irritieren ja (bei Frauenzimmern) kaum, am allerwenigsten vielleicht das Protargol. Im späteren Stadium ist der Gebrauch der gewöhnlichen Adstringentien (Zinc. sulf., Zinc. sulfocarb. u. s. w.), von Ichthyol- oder Alumnol-Baculi, von dicken Metallbougies, Massage, sowie innerlich Sandelöl vielleicht vorzuziehen.

Noch weniger befriedigend ist die Behandlung des Cervikalkatarrhs, welcher sich in die Plicae palmatae und in die stark gebogenen und verzweigten Drüsen des Kanals so oft einnistet und die Gefahr eines weiter aufsteigenden Leidens enthält. Nicht selten ist schon ein Uterinkatarrh oder Adnexleiden entwickelt. Die Behandlung des Cervikalkatarrhs mit Injektionen (Protargol u. s. w.), durch Pinselung mit Tinct. jodi oder Ichthyol, durch Ausschaben nimmt fast immer mehrere Monate in Anspruch. Hat das Leiden schon den inneren Muttermund überschritten, lassen sich Affektionen der Adnexa nicht mehr verhüten.

Meistens ebenso schlecht steht es um die Behandlung der ano-genitalen Gonorrhoe. Dieselbe rührt bei uns selten von Sodomie her, die selbst von den Dirnen hier seltener praktiziert wird.[3] Meistens stammt dieselbe von dem wegen der anatomischen Verhältnisse ungehinderten Hinabfliefsen von Sekret, hauptsächlich der vulvo-vaginalen Gänge und der Urethra, welche Ansteckungsart mitunter noch durch ein kurzes Interfemineum und ein reicheres Haarkleid der Analgegend begünstigt wird. Auch durch die Finger oder durch das Hemd kann Ansteckung noch stattfinden. Für die Behandlung, die immer Monate in Anspruch nimmt, ist man auf Ausspülungen und Irrigationen (Kal. permangan., Arg. nitr. u. s. w.) angewiesen.

Ein etwas dankbareres Behandlungsobjekt bilden die vulvo-vaginalen Gänge. Die Affektion derselben weicht meistens doch in kürzerer Zeit (4—6 Wochen) den täglichen Injektionen (mit Anels Spritze), und nur ausnahmsweise, besonders bei häufigeren Recidiven, ist es nötig, zu Spaltung, zu partieller Exstirpation der Wand des Ganges oder zur Wegnahme des ganzen Drüsenapparates zu greifen.

Die Patientinnen werden nie aus dem Hospital hier entlassen, ehe die genaueste Untersuchung, Untersuchung vom minimalen Sekret oder

---

[3] Bei den romanischen Nationen kommen sodomitische Relationen zu Frauenzimmern viel häufiger vor. Vgl. Tardieu, *Ét. médico-légale sur les attentats aux moeurs.* 7. éd. 1878. S. 194, 198.

Martineau, *Leç. clin. sur les blennorrhagies chez la femme.* 1885. S. 109.

— *Leç. sur les déform. vulv. et anales.* 1884. S. 84—130. — 2. éd. 1886. S. 121—186.

Verchère, *La blennorrhagie chez la femme.* II. 1894. S. 141.

des Abgeschabten der Schleimhaut wenigstens ein paarmal nacheinander inbezug auf Gonokokken ein negatives Resultat gegeben haben. Und dennoch läfst sich danach nie für die gänzliche Vertilgung der Gonokokken einstehen. Ich habe einmal nach zwölf täglich nacheinander vorgenommenen negativen Untersuchungen bei der dreizehnten wieder positives Resultat gehabt. Es ist besonders in der Spitalpraxis eine heikle Sache, die wirkliche Heilung dieser dem Scheine nach oft so leichten und doch oft so schicksalsschweren Leiden zu garantieren. Ich beneide diejenigen, die mit voller Überzeugung und Vertrauen die Patientinnen als wirklich „geheilt" entlassen, und ich wundere mich nicht, wenn andere bei 10 und bei 8% von „geheilten" Dirnen am Tage ihrer Entlassung Gonokokken wieder haben nachweisen können.[4]

Sehr viele, dem Scheine nach frische venerische Katarrhe sind sicherlich nur durch Reizung wiederkehrende, recidivale oder durch Superinfektion[5] erweckte, und eine grofse Anzahl dieser Frauenzimmer treiben sich wohl mit solchen versteckten Gonorrhoen herum. Solches läfst sich nicht verhindern. Nichtsdestoweniger wäre es ganz unrichtig, sich dem absoluten Pessimismus oder Nihilismus zu ergeben und z. B. dem Vorschlage KROMAYERS[6] zu folgen, die venerischen Katarrhe der öffentlichen Dirnen ganz unberücksichtigt zu lassen: Erstens wird doch eine, obgleich vielleicht nicht grofse Anzahl derselben wirklich geheilt und gegen die traurigen Adnexleiden und ihre Folgen geschützt. Und zweitens werden doch viele Männer vor Urethritis bewahrt, wenn diese Frauenzimmer während des ersten und dann ganz besonders ansteckenden Stadiums dieser Leiden in das Spital geschickt werden.

---

[4] KOPYTOWSKI, Über die Häufigkeit des Vorkommens von Gonokokken u. a. Bakterien im Sekrete d. Cervix uteri bei scheinbar gesunden Prostituierten. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* XXXII. 1895. S. 345—348.

— Über Gonokokkenbefunde im Genitalsekrete der Prostituierten. l. c. XLV, 2. 1898. S. 169.

[5] JADASSOHN, *Über Immunität und Superinfektion bei chron. Gonorrhoe.* Festschrift gewidmet F. J. PICK. I. 1898. S. 319—340.

[6] KROMAYER, *Zur Austilgung der Syphilis.* 1898.

Aus der Praxis.

Neueres über Steinkohlenteer.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Im Jahre 1894 habe ich[1] fast zu gleicher Zeit mit Fischel[2] Untersuchungen über den Steinkohlenteer veröffentlicht. Fischel empfahl an Stelle der in der Dermatotherapie gebräuchlichen Holzteersorten seinen Liquor Anthracis, welcher aus 10 Teilen (= 9,3%) Steinkohlenteer, 20 Teilen (= 18,7%) Benzol und 77 Teilen (= 72%) Spiritus bestand, während meine Tinctura Lithanthracis 3 Teile (= 50%) Steinkohlenteer, 2 Teile (= 33,3%) Spiritus und 1 Teil (= 16,7%) Äther enthielt. Angeregt durch die Arbeiten von Sack,[3] welcher Benzol und Aceton als bestes Lösungsmittel für den Steinkohlenteer erklärte (Steinkohlenteer 10 Teile, Benzol 20 Teile, Aceton 77 Teile) stellte ich Versuche im Verein mit Troplowitz über die Löslichkeit desselben an und fand, dafs man mit Benzol allein unter geeigneten Bedingungen und Verwendung guter Apparate eine vollkommene Extraktion des Steinkohlenteers erzielt. Als Rückstand bleibt nur ca. 30% eines Gemisches von Kohle und absolut unlöslichen und auch unwirksamen Brandharzen, sodafs die Benzollösung alle löslichen und wirksamen Bestandteile des Steinkohlenteers enthält. Die Teerlösung wird nun vom Benzol befreit, und zwar so, dafs auch die flüchtigsten Bestandteile des Teers nicht verloren gehen; es hinterbleibt dann das unter dem Namen Liantral in den Handel gebrachte eingedickte Steinkohlenteerextrakt. Im folgenden will ich kurz über die mit dem Liantral gemachten Erfahrungen berichten, welche ich zum Teil schon in meiner *Therapie der Hautkrankheiten* mitgeteilt habe.

Zur Anwendung kam das Liantral pur, in Salbenform, als Caseinfirnis, Spray, Seife und Pflastermull zunächst bei zahlreichen Ekzemfällen, bei Sykosis coccogenes, Pruritus, Prurigo mitis et gravis, Genitalherpes, Cheiropompholyx und in einem Falle von Pityriasis rubra Hebrae. Durch genaue Kontrollversuche konnte ich mich überzeugen, dafs das Liantral

---

[1] Leistikow, Zur Behandlung mit Steinkohlenteer. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Band XIX, pag. 422.

[2] Fischel, Ein neues Teerpräparat. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XIX, pag. 189.

[3] Sack, Über die Löslichkeit des Steinkohlenteers. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Band XXIII, pag. 470.

bei weitem juckstillender wirkte als die sonstigen eingangs erwähnten Steinkohlenteerextrakte und die gebräuchlichen Holzteersorten, ferner dafs die pruriginösen Veränderungen schneller verschwanden und die Wirkung eine mehr nachhaltige war. Besonders auffallend war, dafs die Teerfollikulitis nur selten auftrat, niemals aber in dem Grade, wie wir sie bei Anwendung der Holzteersorten zu sehen gewohnt sind.

Es würde zu weit führen, Krankengeschichten zu geben, ich beschränke mich nur kurz darauf, in kurzen Zügen die gewonnenen Resultate sowie die Indikationen mitzuteilen.

Das Liantral pur auf die Haut gepinselt ist indiziert: Beim Eccema psoriatiforme und der Psoriasis capitis (hier auch in Sprayform) und corporis. Und zwar nicht nur für frische Fälle resp. neue Schübe, sondern auch bei inveterierten Formen besonders nach vorhergehender Applikation von keratolytischen Mitteln, und zur Nachbehandlung nach Chrysarobin- und Pyrogallolschmierkuren. In einem Falle von Psoriasis exfoliativa maligna, wo durch allgemeines Konfluieren von Plaques eine universelle Oberhautverdickung, eine Massenanhäufung von Schuppen eingetreten war, und wo Arsenik intern und subcutan, Chrysarobin und Pyrogallol versagte, gelang es mir, durch tägliches Einpinseln von Liantral. purum und nachfolgendes Einpudern bis auf wenige hyperkeratotische Stellen der vorderen Seite der beiden Unterschenkel und der Planta pedis Heilung zu erzielen. Seit einem halben Jahre geschieht die Einpinselung zur Vermeidung von Recidiven nur einmal wöchentlich. Es sind bis heute neue Schübe nicht aufgetreten.

Bei den übrigen Ekzemformen genügt es, das Liantral in der Stärke von 5—10—20% anzuwenden. Als das beste Vehikel erfand ich das Unguentum Caseini Beiersdorf; es reizt die Haut garnicht, bildet nach dem Einreiben eine geschmeidige, trockene Decke, welche durch Wasser leicht zu entfernen ist und bewirkt wegen seines starken Vaselingehalts beim Einreiben Eindringen in die tieferen Hautpartien.

Das Unguentum Caseini plus Liantral ist indiziert 1. beim pruriginösen Ekzem des Gesichts, der Augenlider, der Ohrmuschel, des Körpers und ganz besonders der Geschlechtsteile und des Anus. Man thut am besten, mit schwachen Procentverhältnissen anzufangen und zu höheren überzugehen. Man kann die Wirkung bedeutend abschwächen, wenn man nach dem Einreiben eine Zinkichthyolleimdecke appliziert. 2. beim Eccema maculo-papulosum faciei trunci et extremitatum. 3. bei den papulo-vesikulösen Ekzemen besonders der Hände in schwacher Dosis (3—10%). 4. bei dem Eccema keratoides manuum et pedum in starker Dosis (20%).

Der Liantralcaseinfirnis bewährte sich mir in mehreren Fällen von Sommerprurigo, Prurigo mitis und Hebra, Cheiropompholyx

und Genitalherpes in schwacher und starker Dosis. Endlich gelang es mir einen Fall von gutartiger Form der Pityriasis rubra Hebrae durch mehrwöchentlichen Gebrauch von 3% Liantralcaseinfirnis zu heilen.

Der Liantralpflastermull eignet sich für umschriebene Efflorescenzen, bei denen eine grofse Tiefenwirkung erstrebt wird, z. B. für hartnäckige Ekzem-, Psoriasis- und Prurigo-Plaques.

Endlich bewährte sich mir das Liantral (20%) in Salbenform bei Sykosis coccogenes und in folgender Form bei hartnäckiger Alopecia capitis:

℞	*Liantral*	5—10,0
	Sapo virid.	5,0
	Adipis	45,0.

Es scheint somit das Liantral Beiersdorf eine gute Bereicherung unseres dermatologischen Arzneischatzes zu sein und glaube ich, zu Versuchen mit diesem neuen Teerpräparat dringend raten zu dürfen.

Versammlungen.

Aus den Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, 69. Versammlung zu Braunschweig.

(Leipzig, 1898. F. C. W. Vogel.)

Die Zelleinschlüsse der Taubenpocke und des Molluscum contagiosum, von C. Benda. Vortragender hält diese Zelleinschlüsse ebenso wie die Neisserschen Tertialkörper des Molluscum contagiosum für eine parasitische Amöbe, was man besonders nach Behandlung mit Salpetersäure und Färbung mit Eisenhämatoxylin erkennen kann.

Wie lange und unter welchen Umständen bleibt die Lebensfähigkeit der menschlichen Epidermiszellen aufserhalb des Organismus erhalten? von Wentschner. Es wurden Thiersche Läppchen längere Zeit trocken und in steriler Kochsalzlösung aufbewahrt; erstere fanden sich noch nach 22 Tagen, letztere nach 10 Tagen lebensfähig, wie das Auftreten von Mitosen und Wucherung des Epithels nach Excision der aufgelegten Stückchen ergab. Starke Kälte können die Läppchen gut ertragen, weniger gut höhere Wärmegrade und chemische Schädigungen.

Weitere Mitteilungen über Sperma, von Posner. Für den forensischen Nachweis von Sperma ist aufser der mikroskopischen Untersuchung zu verwenden die von Florence angegebene Reaktion: das Auftreten charakteristischer nadel- oder tafelförmiger Krystalle nach Zusatz einer jodreichen Jodjodkaliumlösung.

Über medikamentöse Behandlung der Krankheiten der oberen Harnwege, von M. Mendelsohn.

Eine sterile, wasserdichte, anzuklebende Wundvorlage, von Kuhn. Es handelt sich um ein von der Firma Evens & Pistor hergestelltes dünnstes Seidenpapier, welches auf der einen Seite mit einer bestimmten Kautschuklösung imprägniert ist.

Über Scheidendrüsen mit Demonstration, von O. v. Herff. Vortragender demonstriert ein Präparat von Scheidendrüsen und beginnender Cystenbildung durch Sekretretention.

Über die Gefahren der rituellen Beschneidung, von Poth. Hochsinger betont in der Diskussion, daſs in Wien das Rituale ausschlieſslich in den Händen dazu bestimmter Ärzte sich befindet; er weist auf die Gefahren der Wundbehandlung mit Jodoform hin.

Wie kann sich der Impfarzt vor wirklichen und angeblichen Impfschädigungen schützen? von Schlossmann. Lange-Leipzig wendet keine Impfverbände an, er reibt den Arm mit Äther ab und benutzt das Platiniridiummesserchen.

Über die infolge Durchbruchs eines Furunkels entstehenden periaurikulären Abscesse, von Leutert. Vortragender bespricht die Differentialdiagnose gegenüber den vom Warzenfortsatz ausgehenden Abscessen, da sie infolge des sie begleitenden hohen Fiebers eine Sinusaffektion vortäuschen können.

Demonstration einer Moulage von Acne artificialis, von Rille. Die durch ein mineralisches Öl hervorgerufene Akne hat Ähnlichkeit mit einem lentikulärpapulösen Syphilid.

Demonstration einer Moulage von Vaccineeruption am Genitale (Vaccinola), von Rille. Es fanden sich an den groſsen Labien eines geimpften Kindes resistente, mattweiſse Knoten und Blasen auf stark entzündlicher Basis, die in 8 bis 10 Tagen abheilten.

Demonstration eines Falles von Lupus erythematodes discoides et disseminatus, von Sternthal. Arsen hat weder bei innerlicher noch bei äuſserlicher Applikation genützt. In der Diskussion ergiebt sich, daſs auch andere Herren keinen Vorteil von der von Schütz empfohlenen Pinselung mit Sol. Fowleri gesehen haben.

Drei Fälle von Lupus nach Behandlung mit Tuberkulin R., von Sternthal. Die Fälle sind nicht geheilt, aber sicher eklatant gebessert.

Zwei Fälle von Sklerodermie, von Sternthal. Bisherige Behandlung ohne Erfolg.

Ein Fall von hochgradig pigmentiertem, syphilitischen Exanthem, von Sternthal.

Ein Fall von Pemphigus vulgaris, von Sternthal. Gut gebessert unter Arsenbehandlung.

Bemerkungen zur Krotonentzündung, von Kulisch. Dieselbe ist wohl zu erklären als eine Kombination der chemotaktischen Wirkung des Krotonöls mit einer durch dasselbe hervorgerufenen Entzündung im Samuel Cohnheimschen Sinne.

Demonstration eines neuen Demonstrationsmikroskops und urologischer Präparate, ferner eines Markierapparats für mikroskopische Präparate, von Meissner-Berlin.

Das Collessche Gesetz und die Frage des Choc en retour (Referat), von Finger. Es giebt eine rein paterne Syphilisvererbung; ebenso giebt es eine rein materne Syphilisvererbung. Der Aufenthalt eines ex patre syphilitischen Foetus im Uterus ist nicht ohne Rückwirkung auf die Mutter: Entweder wird dieselbe syphilitisch: Konzeptionelle Syphilis (Choc en retour), oder sie wird nicht syphilitisch, aber gegen Syphilis immun, oder sie bleibt völlig gesund und unbeeinfluſst.

Korreferate über dasselbe Thema, von Rosinski und Hochsinger.

Demonstration eines Falles von Ulerythema ophryogenes, von Sternthal.

Über die Einführung und Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie, von Schiff. Vortragender hat Versuche an zwei Lupusfällen angestellt, die beachtungswerte Resultate ergaben.

Histologische Mitteilungen über einen Fall von Purpura haemorrhagica, von Fabry. Es handelt sich um einen 13jährigen Knaben, bei dem die Erkrankung seit vier Jahren besteht; das Exanthem erschien als ein knötchenförmiges. In den Schnitten finden sich Blutungen in den epithelialen Teilen der Haut; die Blutungen scheinen per Rhexin entstanden zu sein.

Das Mycetoma pedis, von Delbanco. Verfasser bespricht die Pluralität der Strahlenpilze und teilt sodann Pathologie und Klinik des indischen Madurafufses mit, sowie den kürzlich von ihm mitgeteilten amerikanischen Fall von Mycetoma pedis, dem ein fetthaltiger Fungus zu Grunde liegt.

Über Ichthyol, von Unna. Die im Ichthyol enthaltene Ichthyolsulfonsäure macht viele ätherische Öle wasserlöslich (Anytin).

Über Kalomeleinreibungen bei Syphilis, von Rille. Der Wert der Methode ist ein sehr geringer.

Demonstration mikroskopischer Präparate zur Naevusfrage, von Unna.

Über die Chromatophoren der Cephalopoden, von Solger. Es liefsen sich Muskelnerven nachweisen.

Über vitale Farbstoffimprägnationen (Methylenblau, Neutralrot), von Solger.

Über Jodvasogene, von Schürmayer. *F. Hahn-Bremen.*

Aus den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

XXVII. Kongrefs im April 1898.

Kümmell, **Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen und mit koncentriertem Licht.** Vortragender erzielte bei seinen Versuchen beachtenswerte Erfolge; die Wirkung der Röntgenstrahlen ist keine baktericide, sondern eine vorläufig noch unbekannte, vielleicht trophoneurotischer Art. Die Heilung geht um so sicherer und schneller, je mehr schwere Verletzungen der Haut vermieden werden; eine spezifische Wirkung ist den Röntgenstrahlen ebensowenig zuzuschreiben, wie dem Finsenschen koncentrierten Licht. Die Narben sind weit glatter und schöner als die durch andere Behandlung entstandenen. Narbenkontraktionen wurden nicht beobachtet. Für Behandlung grofser lupöser Flächen ist die Röntgenbestrahlung der mit koncentriertem Licht vorzuziehen.

Rüttner, **Über Struma syphilitica.** Vortragender operierte zwei Fälle, die als maligna Struma imponierten; bei der Aufschneidung des Tumors fand man fibröse Entartung des Parenchyms mit Riesenzellenbildung und trockner Verkäsung. In einem Falle sicherte das Auftreten von luetischen Ulcerationen an der hinteren Rachenwand die auf Jodkalium prompt heilten, die Diagnose. Im zweiten Falle erwies sich die Exstirpation des Tumors als unmöglich; er verkleinerte sich dann rapide nach Darreichung von Jodkalium.

M. Wilms, **Dermoide und Mischgeschwülste des Hodens (embryoide Tumoren).** Die Dermoidcysten zeigen Rudimente eines Fötus; die zottenartigen Bildungen an der Wand erweisen sich als Produkte einer dreiblätterigen Keimanlage, also einer Geschlechtszelle; aufserdem finden sich in den Hoden noch eine andere Form embryoider Tumoren, ebenfalls aus einer dreiblätterigen Keimanlage entstehend, die aber nicht zu einem Rudiment eines Fötus auswächst; in diese Klasse fallen die bisher als Cystoide, Cystosarkome, Enchondrome, Rhabdomyome etc. beschriebenen Geschwülste.

F. Hahn-Bremen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band V. Heft 3. 1898.

I. **Über Alopecia syphilitica,** von O. Lassar-Berlin. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs die Syphilis, ebenso wie andere Infektionskrankheiten, wie Typhus, Puerperalfieber, Influenza Haarausfall verursachen und schon bestehenden mächtig steigern kann. Ebenso steht es fest, dafs Quecksilberkuren nachteilig auf das Haarwachstum einwirken und bereits bestehende Haarleiden verschlimmern können. Aus diesem Grunde legt Verfasser bei Quecksilberkuren auf die Konservierung und Pflege der Haare und der Kopfhaut ebenso Gewicht, wie auf die Zahnpflege. Von dem mehr accidentellen Haarausfall bei Syphilis ist die eigentliche, spezifische Alopecia zu unterscheiden. Sie ist als eine direkte Folge der Infektion mit dem syphilitischen Virus aufzufassen und gleicht in ihrer äufseren Erscheinungsart am meisten der Alopecia areata, von der sie sich jedoch durch das gleichzeitige Auftreten zahlreicher, winziger kahler Stellen auf der Kopfhaut im Gegensatz zu einem gröfseren peripherisch sich ausbreitenden Einzelfleck bei der Alopecia areata unterscheidet. In ganz ähnlicher Weise äufsert sich die sehr seltene, kleinfleckige, nicht spezifische Alopecia areata. Mikroskopisch bietet die syphilitische Alopecia nichts Charakteristisches dar. — Der Verlauf ist je nach der Behandlung der Grundkrankheit ein verschiedener. Zuweilen kann es zu bedeutender Kahlheit kommen, die sich dann von einer anderen Art der Alopecia nicht mehr unterscheidet. — Die spezifische Behandlung übt einen günstigen Einfluſs auf das Haarleiden aus, wofern nicht die Patienten schon früher an Alopecia gelitten haben. In letzterem Falle ist neben der allgemeinen Merkurbehandlung noch eine wirksame Haarkur mit Teer, Sublimat, Alkohol und Salicylöl einzuleiten.

II. **Über die Ursachen und die Bedeutung der Eruptionen im Leprazprozesse,** von Leopold Glück-Serajevo. Trotz der eingehendsten Leprastudien hervorragender Fachmänner sind die Kenntnisse der Lepra noch in vielen, wesentlichen Punkten ungenügende. So harren unter zahlreichen Rätseln die sog. Eruptionen oder Schübe noch einer klaren, einwandsfreien Lösung. Es ist bekannt, „wie im chronischen Verlaufe der Lepra, besonders der tuberösen Form, in ganz unregelmäfsigen Intervallen plötzlich akute Erscheinungen allgemeiner und lokaler Natur aufzutreten pflegen, die im Gesamtbilde des Leidens häufig sehr schwerwiegende Veränderungen bedingen.“ Kaposi beschreibt diese Erscheinungen folgendermafsen: „Die Kranken werden durch mehrere Tage von Unwohlsein, Mattigkeit, gastrischen Störungen, Gelenks- und Knochenschmerzen, die zuweilen einen nächtlichen Typus einhalten, abendlichen Fieberexacerbationen heimgesucht, und es erfolgt dann ein Ausbruch neuer Knoten oder statt dessen eine rasche Involution und Erweichung einer gröfseren Zahl alter Knoten, worauf die allgemeinen Symptome wieder nachlassen.“ Die Autoren stimmen darin überein, dafs die Eruptionen als „Selbstinfektionen“ oder „Metastasen“ aufzufassen sind, welche durch die Resorption der Bacillen, beziehungsweise der von denselben produzierten Toxine bedingt werden. Ehe der Verfasser diese Hypothese einer Prüfung unterzieht, giebt er auf Grund von ungefähr 100 selbstbeobachteten Eruptionen eine klassische Beschreibung derselben und ihrer Begleiterscheinungen. Sämtliche geschilderten Symptome der sogenannten

Eruptionen würden, bei Nichtleprösen beobachtet, als Erysipel-Lymphangitis mit nachfolgender Lymphadenitis suppurativa oder als Phlegmone diagnostiziert werden, die bekanntlich durch Infektion mit Strepto- oder Staphylokokken entstehen. Es ist die Frage berechtigt, weshalb man die gleichen Krankheitsprozesse bei Leprösen nicht als die Wirkungen der gleichen Ursachen, sondern als einen wesentlich anderen Prozefs auffafst. Die Virulenz des Leprabacillus, das steht fest, ist eine sehr geringe. Bei der konstant kolossalen Menge, in welcher er im Organismus auftritt, ja sehr häufig die Gefäfswandungen in ungezählten Herden durchsetzt, müfste, wenn er pyrogene Eigenschaften besäfse, die Lepra stets einen fieberhaften Verlauf nehmen, was aber bekanntlich nicht der Fall ist. Verfasser hält es deshalb für sehr wahrscheinlich und erklärlich, dafs die sog. Eruptionen nur Komplikationen des Lepraprozesses seien, welche durch Infektion des Kranken mit Erysipelkokken oder anderen Eitererregern verursacht werden. Hierzu bieten die zahlreichen Schrunden, Geschwürchen etc. häufig Gelegenheit. Sie erklären auch die Häufigkeit der Infektionen, welche jedoch mit dem Lepraprozesse als solchem in gar keinem ursächlichen Zusammenhange stehen. — Was die Bedeutung der Eruptionen für die Leprakranken betrifft, so mufs man annehmen, dafs unter dem Einflusse des durch die Sekundärinfektion verursachten Fiebers einerseits eine Anzahl von Leprabacillen zu Grunde geht, dafs Knoten zur Resorption, alte Leprageschwüre zur Vernarbung gelangen; andererseits aber werden auch viele zur Ausreifung gekommenen Sporen in den Kreislauf geschleudert, nach den verschiedensten Richtungen hin verschleppt werden. An früher verschont gebliebenen Partien treten rasch frische Flecken und Knoten auf, ältere Knoten zerfallen zu Geschwüren. Die Patienten sind häufig unter dem Fieber abgemagert und zu interkurrenten Erkrankungen leicht disponiert, kurz, wie Hansen bemerkt, „mehr leprös“ als zuvor. Die vermutete Besserung der Lepra durch das Fieber ist nur eine trügerische. Hieraus ergiebt sich die praktische Bedeutung für die Behandlung der Leprösen. Jedes längere oder stärkere Fieber ist für den Kranken von Nachteil. Man wird deshalb die therapeutischen Mafsnahmen derart einrichten müssen, dafs sie nicht fiebererregend wirken. Aus diesem Grunde wird man auch von den fiebererregenden Injektionen mit dem Carrasquillaschen oder Laverdeschen Serum Abstand nehmen und andere Wege einschlagen müssen, auf denen man den Patienten zur Erlangung ihrer Gesundheit verhelfen kann.

III. **Zur Frage über die Serumtherapie der Lepra.** Vorläufige Mitteilung von A. Grünfeld-Rostow. Der Verfasser giebt einen Überblick über die bisherigen Versuche einer Serumtherapie der Lepra und teilt dann seine eigenen Erfahrungen mit, die er an zwei Patienten mit Seruminjektionen gemacht hat. Der eine Patient, ein Kaufmann, hatte eine schwach ausgesprochene makulo-tuberöse Lepraform mit bereits vorhandener Facies leonina, der andere, ein Tischler, dieselbe Form in stärkerem Grade. Das Serum stammte aus der Merckschen Fabrik. Die Behandlung dauerte vom 22. November 1897 bis 13. Mai 1898, also nahezu sechs Monate. Der lepröse Kaufmann erhielt im ganzen 18, der Tischler 20 Einspritzungen, aufserdem jeder das Serum je dreimal per os. Als Injektionsstelle diente die Bauchdecke in der Mitte zwischen Spina anterior superior und Linea alba. Die Einspritzungen wurden mittelst einer für Diphtherieheilserum gebräuchlichen Spritze ausgeführt. Die Gesamtmenge des eingeführten Serums betrug für den ersten Leprösen 131 g und für den zweiten 155 g. Mit 2 g wurde begonnen und allmählich bis zu 9 g pro dosi auf einmal eingespritzt. Innerlich erhielten die Patienten 5—10 g pro die. Die Injektionen verursachten den Patienten absolut keine Schmerzen und wurden im allgemeinen recht gut vertragen. Zur Abscefsbildung ist es kein einziges Mal gekommen. Das Körpergewicht unterlag während der ganzen Zeit nur geringen Schwankungen. Bei beiden Kranken hat sich

unter der Behandlung eine bedeutende, bei dem Kaufmann sogar eine erstaunliche Besserung gezeigt, die auch bis jetzt — ca. 2½ Monate nach Abschluſs der Injektionen — angehalten hat. Verfasser glaubt, daſs man in dem Serum ein Mittel hat, welches Nutzen bringen kann.

IV. **Zur Übertragbarkeit der Alopecia areata,** von B. Plonski-Berlin. Verfasser beschreibt einige Fälle, welche geeignet sind die Kontagionstheorie der Alopecia areata zu stützen. Fall 1 betrifft einen 9jährigen Knaben, welcher nach den Angaben der Mutter seit sechs Monaten an stetig zunehmendem Haarausfall leidet. Auf dem Kopfe sieht man kreisrunde, 10 Pfennig- bis Markstück groſse kahle Stellen, auf dem Hinterhaupte mehr unregelmäſsige, groſse, haarlose Partien. Die Kopfhaut ist im übrigen schuppenfrei. Die Diagnose lautete Alopecia areata. Nach drei Wochen bringt die Mutter eine 6jährige Schwester des Knaben, die in Scheitelhöhe einen 50 Pfennigstück groſsen, kreisrunden, kahlen Fleck zeigt. Beide Patienten sind gesund, frei von nervösen Störungen. Bei beiden wurde dasselbe Kammzeug benutzt. Hereditäre Belastung liegt nicht vor. — Die folgenden zwei vom Verfasser beschriebenen Fälle betreffen ebenfalls ein Geschwisterpaar, das gesund und frei von jeder akuten, chronischen oder sonstigen konstitutionellen oder nervösen Erkrankung war. Da auch hier bei beiden Patienten dasselbe Kammzeug, vielleicht auch dasselbe Kopfkissen benutzt wurde, so liegt die Annahme einer direkten Übertragung der Alopecia areata näher als die Annahme eines trophoneurotischen Ursprunges der Krankheit, für welchen übrigens jegliche Anhaltspunkte fehlten.

V. **Über Vaccinatio generalisata,** von J. Wetterer-Berlin. Von den postvaccinalen Hauterkrankungen kann man nach Gustav Behrend zwei Arten unterscheiden, einmal vaccinale Lokalerkrankungen der Haut, zweitens vaccinale Allgemeinerkrankungen. Verfasser will sich in der vorliegenden Arbeit lediglich mit der von den Franzosen als „Vaccination généralisée" bezeichneten excessiven Bildung von Impfpusteln beschäftigen, welche auf der Haut von frisch geimpften Personen in der Nähe der Impfstelle oder auch an anderen Körperstellen auftreten können. Die Vaccinatio generalisata entwickelt sich zumeist bald nach der Impfung entweder gleichzeitig mit oder unmittelbar nach dem Auftreten der ersten Reaktionserscheinungen zunächst in der Nähe der Impfstelle, wo man eine beträchtliche Zahl von Pusteln beobachtet, die alle Eigenschaften der Impfpustel besitzen, Formation, Delle, Beschaffenheit der Blasenwand und des Inhalts. Später treten an verschiedenen Körperstellen solche Pusteln auf. Der ganze Prozeſs spielt sich innerhalb von 2—3 Wochen ab und ist gewöhnlich von nur leichten Fieberbewegungen begleitet. Treten keinerlei interkurrente Krankheiten hinzu, so erfolgt nach kurzer Zeit vollständige Heilung. — Was die Entstehung der Vaccinatio generalisata betrifft, so glaubt Verfasser, daſs dieselbe lediglich durch Autoinokulation und zwar auf Grund irgend eines meist juckenden Hautleidens sich entwickelt. Ein geimpftes Individuum, das an Ekzem oder an einer anderen Hautaffektion leidet, kratzt sich, reiſst mit den Nägeln die Impfpusteln auf und giebt auf diese Weise Gelegenheit, daſs Lymphe über die ganze Haut gelangt und jede kleinste Hautverletzung (Kratzeffekte, Mückenstiche etc.) als Impfstelle benutzt. Verfasser beschreibt vier Fälle, welche im Verlaufe eines Monats in Prof. Lassars Klinik zur Beobachtung kamen. — Hinsichtlich der Prophylaxe der Vaccinatio generalisata bemerkt Verfasser, daſs bei Individuen, welche ein Hautleiden haben, die Impfung am besten hinauszuschieben sei, ferner daſs geimpfte Kinder eine gewisse Gefahr für die Umgebung, insbesondere für alle hautkranken Kinder der Umgebung bedeuten, weshalb seitens der Impfärzte dafür gesorgt werden sollte, daſs die geimpften Stellen durch einen zweckmäſsig anzulegenden Verband oder besser durch sogenannte Impfschutzkapseln geschützt werden. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band III, Heft 7.

1. **Über die Urämieforschung**, von A. Gottheiner.

2. **Mitteilungen über technische Verbesserungen**, von H. Lohnstein. Verfasser schildert zunächst eine von ihm zusammengestellte Instrumententasche für die urologische Praxis, welche elastische und Metallkatheter, Spritzen, Sonden, Behälter für Höllensteinlösungen, Kokainlösungen, Paraffin, Lysol, Nagelbürste und eine zusammenlegbare Gummiwanne für die Desinfektion der Instrumente enthält. Die ganze Tasche ist relativ kompendiös. — Ferner beschreibt Verfasser ein Universalinstrument zur Behandlung der Harnretention bei Strikturen und Prostatahypertrophie. Dasselbe besteht aus einem gekrümmten Metallkatheter mit grofser Öffnung an der Konkavität, dessen Spitze abschraubbar ist, sodafs ein Le Fort-Katheter mit filiformer Bougie angeschraubt werden kann. Man kann das Instrument als Strikturenkatheter und auch zur Einlegung eines Nélaton-Dauerkatheters benutzen; letzterer wird durch den eingeführten Metallkatheter hindurchgeführt. Fabrikant: Medizinisch-Polytechnische Union Ernst Lentz & Comp., Berlin N. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Juli und August 1898.

I. **Über die Entwickelung der menschlichen Epidermis und ihrer Anhänge**, von J. M. H. Macleod. (Fortsetzung und Schlufs. Vergl. Referat S. 148 dieses Bandes.) Der Verfasser behandelt in den weiteren Abschnitten seiner umfangreichen Arbeit die Entwickelung des interepithelialen Nervenplexus; die Bildung des Pigments in der Haut, die Entwickelung der Haare, die Nerven der Haare, das Pigment der fötalen Haare, den normalen Haarwechsel, die Theorien, welche das Neuwachstum der Haare auf der alten Papille erklären sollen, die Entwickelung der Hautdrüsen, und zwar der Schweifs- und Talgdrüsen, die Entwickelung der menschlichen Nägel, die ganz besonders eingehend gewürdigt wird. Wegen der Details verweisen wir im übrigen den Leser auf das Original, das von umfassender Sachkenntnis und grofsem Fleifse des Verfassers Zeugnis ablegt.

II. **Arzneiexantheme. Ihr Wesen und ihre Varietäten**, von J. H. Stowers. Unter Arzneiexanthemen kann man alle kongestiven und entzündlichen Veränderungen auf der Haut verstehen, welche durch äufserlichen oder innerlichen Gebrauch von Medikamenten hervorgerufen werden. Will man genau verfahren, so wird man eine Reihe von Hautmanifestationen mit hierher rechnen müssen, welche im Zusammenhang mit der Impfung von abgeschwächtem, animalischen oder spezifischen Gifte beobachtet werden. Vielleicht wird man hier auch die durch Röntgenstrahlen hervorgerufenen Dermatitiden nicht übergehen können. — Was die Einteilung der Arzneiexantheme betrifft, so hat Bazin nur zwei Gruppen unterschieden: 1. Hautausschläge, die durch direkte Applikation auf die Haut hervorgerufen werden; 2. Hautausschläge, die indirekt durch innerlichen Gebrauch oder durch Absorption entstehen. Einige Autoren gehen bei der Klassifikation von anderen Gesichtspunkten aus. Colcott Fox behandelt den Gegenstand unter folgenden Kapiteln: 1. Wirkungen, streng lokal und auf jene Regionen beschränkt, mit denen die Medikament in direkten Kontakt treten. Sie rühren von einer oberflächlichen lokalen Reizung her und treten ohne Allgemeinreaktion auf. 2. Wirkungen, die ebenfalls lokal und auf einen peripheren Reiz zurückzuführen sind, aber nicht ausschliefslich auf die Applikationsstelle beschränkt sind, sondern in einem gewissen Umkreis ausstrahlen und Allgemein-

reaktion hervorrufen oder auch ohne solche verlaufen können. 3. Ausstrahlende Wirkungen, die auf einen mehr centralen Reiz zurückgeführt werden können und mit oder ohne Reaktion verlaufen. — Die Arzneiexantheme zeigen vielfach einen ausgesprochen polymorphen Charakter, der sich in dem gleichzeitigen Auftreten von erythematösen, papulösen, vesikulösen Efflorescenzen kund giebt. Die Mehrzahl gehören den toxischen Erythemen an. Daneben sieht man bullöse, pustulöse, urticariaartige Ausschläge, Purpura, Gangrän, persistierende Desquamation, Abscesse, Furunkel, Ekthyma, Zoster, Pigmentation unter der Einwirkung von Medikamenten entstehen. — Im allgemeinen wirken die Medikamente: 1. auf die vasomotorischen oder trophischen Nerven (central oder peripher); 2. auf besondere Gewebe, wie die Haut, Nerven etc.; 3. auf besondere Drüsen oder ihre Anhänge, welche während der Ausscheidung der schädlichen Substanzen gereizt werden; 4. auf die natürlichen Funktionen durch eine excessive Steigerung derselben; 5. auf die Blutgefäfse und ihren Inhalt.

Diskussion: Payne hebt hervor, dafs, so grofs auch die Zahl der Arzneien ist, welche Ausschläge hervorrufen können, dennoch gewisse Gruppen mit gleichen oder ganz ähnlichen Wirkungen unterschieden werden können. Die Alkaloide verursachen zuerst ein Erythem, und wenn die Wirkung eine intensivere war, so folgt bisweilen ein bullöser Ausschlag. Derselbe Effekt und in derselben Reihenfolge wird erzielt, wenn die Haut direkt gereizt wird. Abgesehen von Arzneien können auch Zersetzungsprodukte der Nahrungsmittel, insbesondere die Ptomaine, ähnliche Wirkungen hervorrufen. Sicherlich spielt in allen Fällen von solchen Ausschlägen die Idiosynkrasie eine Rolle. — Galloway sagt, dafs auch Atrophie der Haut und Narbenbildung im Gefolge von Arzneiausschlägen beobachtet worden sind. — Crocker betont, dafs es von grofsem praktischen Werte wäre zu wissen, durch welche Drogue irgend ein Arzneiausschlag hervorgerufen werde. Leider könne man, abgesehen von Brom- und Jodexanthemen, nicht mit Bestimmtheit sagen, welche Drogue diesen oder jenen Ausschlag verursache. Von Interesse ist es, dafs nur sehr wenige Medikamente einen allgemeinen Ausschlag hervorrufen, wenn sie anders als innerlich verordnet werden.

C. Berliner-Aachen.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1898. Heft 1—6.

Über den Blasenausschlag nach Antipyrin und über sonstige Störungen nach Einnahme von Arzneien, von Henri Fournier. F. hat dieser längeren Abhandlung ein sehr passendes Motto von Talamon vorangestellt: Es ist nicht paradox, zu behaupten, dafs wir mit unseren Medikamenten ebenso viel Schaden anrichten, wie die Bakterien mit ihren Toxinen. Man braucht nicht erst die vorliegende Abhandlung durchgelesen zu haben, um wenigstens für das Antipyrin die Richtigkeit dieses Satzes zuzugeben. Und wenn Verfasser am Schlufs seiner Arbeit ein tiefes Mifstrauen gegen das Antipyrin äufsert und ihm quoad valetudinem humanam die schlimmsten Vorwürfe macht, so kann man ihm auch darin nur beistimmen und mufs ihm dankbar sein dafür, dafs er zahlreiche Sünden dieses verzogenen Lieblings der modernen chemischen Industrie und des kritiklosen Publikums mit anerkennenswertem Fleifs zusammengetragen hat. — In der That findet der Leser hier eine stattliche Anzahl von Fällen vereinigt, in denen das Antipyrin bullöse Hautausschläge verursachte. Fournier selber eröffnet diese Kasuistik mit einem sorgfältig beobachteten Fall und knüpft daran eine kurze Mitteilung der übrigen in der Litteratur zerstreuten Veröffentlichungen. Den Kern der Arbeit bildet eine klinische Besprechung der Hauterscheinungen nach Antipyrinvergiftung. In einem Falle wurde schon nach 0,15 Antipyrin ein bullöser Ausschlag bemerkt, gewöhnlich waren mehrere Gramm ver-

schluckt worden. Der Ausschlag stellte sich zuweilen schon nach einigen Minuten, im Durchschnitt etwa eine halbe Stunde nach Einnahme des Mittels ein. Mit Vorliebe wurden die Hände und Arme befallen und nicht selten safsen die Blasen auch auf den Schleimhäuten. In der Regel setzte der Ausschlag mit Brennen und Schwellung der betreffenden Teile ein; niemals ulcerierten die Blasen; der ganze Anfall war in 2—3 Wochen abgelaufen; jedoch waren Rückfälle nicht selten, und es erkrankten dann genau dieselben Teile wieder, wie das erste Mal. Die ausgeheilten Blasen hinterliefsen stets Pigmentflecke, die in ihrer bräunlichen Färbung stark an abgelaufene Syphilis erinnern und manchen Kliniker zu diagnostischen Irrtümern verleiteten. Die Diagnose bietet insofern Schwierigkeiten, als namentlich eine Verwechselung mit der Dermatitis herpetiformis Duhring leicht möglich ist. — Mehrere Seiten sind auch der Deutung der Erscheinungen gewidmet und F. bespricht die verschiedenen Theorien, deren keine ganz befriedigt. Zumal die Thatsache, dafs Leute jahrelang Antipyrin oder andere Mittel in grofsen Mengen ungestraft einnehmen, bis dann plötzlich der Körper mit heftigen Symptomen reagiert, hat noch keine Erklärung gefunden. Die Bedenken, die Verfasser zum Schlufs gegen das Antipyrin äufsert, sind sehr beherzigenswert.

Kondylomatöse Wucherungen an der Vorhaut und am behaarten Kopf, von Thévenin. Ein Student hatte Kondylome am Penis, die ihm abgetragen wurden. 14 Tage später entwickelten sich ähnliche Wucherungen am rechten Tuber frontale. Verfasser nimmt eine Überimpfung an.

Eine eigentümliche Form von Melanodermie, von Thévenin. Bei einer 53jährigen Bäuerin hatte sich in einem Zeitraum von 30 Jahren ein bräunlicher Fleck auf der linken Wange gebildet. Derselbe hatte mit einem dunklen Punkt angefangen und wuchs langsam immer weiter. Die Epidermis darüber ist völlig normal, schuppt nicht und ist nicht verdickt. Thévenin ist mit Recht in Verlegenheit, diese Neubildung zu klassifizieren.

Disseminierte Gangrän der Haut nach längerer Anwendung von Jodkalium, von Ch. Audry. Die 47jährige Patientin hatte, trotzdem sie ihre Idiosynkrasie gegen Jodkalium kannte, dieses Mittel doch von neuem längere Zeit weiter genommen und wurde nun in einem trostlosen Zustande ins Krankenhaus übergeführt. In der linken Achselhöhle war die Haut zum gröfsten Teil verschwärt und brandig. Ähnliche Geschwüre safsen am linken Ellenbogen und über der linken Brust; die schlimmsten Zerstörungen zeigte die Haut aber an beiden Lenden und den Cruro-perineal-Gegenden. Die Ulcerationen, das liefs sich deutlich erkennen, waren aus Pusteln, die gangränös wurden, hervorgegangen. Die Heilung erfolgte nur langsam und war durch einen leichten Rückfall unterbrochen, den Verfasser trotz Leugnen der Patientin geneigt ist auf heimlichen Jodkaliumgenufs zurückzuführen. Ein Stückchen der gangränösen Haut wurde ausgeschnitten und mikroskopisch untersucht. Man fand starke entzündliche Infiltration infolge Wucherung der festen Zellen und Auftreten von Lymphocyten, daneben sekundäre Nekrose des Epithels. Haare und Drüsen scheinen nicht Ausgangspunkt der Entzündung gewesen zu sein. Hervorzuheben ist die tiefgreifende Veränderung an den Blut- und Lymphgefäfsen sowie das Ödem in der Tiefe. — In seinen Betrachtungen, die A. diesem Fall widmet, weist er darauf hin, dafs das Zustandekommen der Gangrän in diesen und ähnlichen Fällen noch nicht ganz klar und durchsichtig sei, wahrscheinlich geht die erste Veränderung von den Gefäfsen aus; Bakterien waren diesmal an dem ganzen Verlauf unschuldig. Man thut gut, bei allen Fällen von Hautgangrän, die ja namentlich bei Hysterischen eine Rolle spielen, nach dem etwaigen Genufs von Medikamenten sorgfältigste Umschau zu halten.

Die Lepra. Eine geschichtliche Skizze von Georges Bogdan. Bringt einige kurze, feuilletonistisch gehaltene Angaben aus der grofsen Geschichte der Lepra. Verfasser scheint selber in Indien gewesen zu sein, denn er verweilt mit Vorliebe und augenscheinlicher Sachkenntnis bei den dortigen Zuständen, schildert die Leproserien und das psychologisch höchst interessante Verhalten der heidnischen und mohamedanischen Einwohnerschaft und giebt eine Fülle wissenswerter Einzelheiten. Wem der Stoff fremd ist, wird hier mancherlei Anregung finden.

Ein ungeheures Gumma am Oberschenkel, von Thévenin. Über den Ursprung der Syphilis ist nichts zu ermitteln. Vor drei Jahren entwickelte sich bei der jetzt 34jährigen Patientin an der Plica genito-cruralis sinistra ein Gumma, das allmählich ganz erstaunliche Ausdehnungen angenommen hat, indem es jetzt eine Fläche von ungefähr 20 qcm bedeckt; dabei hat sich das Geschwür auch bedenklich in die Tiefe gewühlt: Haut, Zellgewebe und Aponeurosis sind einfach verschwunden; die Ulceration sondert ein übelriechendes Sekret ab. Die Heilung setzte bei geeigneter Behandlung ziemlich schnell ein und nach sechs Wochen waren schon zwei Drittel des Geschwürs vernarbt.

Die Sklerodermie. Eine klinische Studie von J. Ménéau. M. will keine eingehende Beschreibung der verschiedenen Formen der Sklerodermie liefern, sondern eigentlich nur klassifizieren, ordnen was zusammengehört und trennen, was seiner Natur nach verschieden ist. Er unterscheidet zwei Klassen, deren eine die diffusen, deren andere die umschriebenen Formen umfafst. Zu der Klasse der diffusen Formen rechnet er die eigentliche Skleremie und die progressive Sklerodermie oder die Sklerodaktylie. Die Klasse der umschriebenen Formen setzt sich aus der Morphea und der Hemiatrophia facialis zusammen. — Die Skleremie ist im mittleren Lebensalter am häufigsten. Als Ursachen werden Verletzungen, Erkältungen, Aufregungen, Infektionskrankheiten, Rheumatismus angegeben. Zweilen setzt sie plötzlich und unter Fieber ein; oder es entstehen zuerst Ödem und es entwickeln sich allmählich tiefsitzende und zur Atrophie führende Verhärtungen der Haut. Die Sklereme können den ganzen Körper befallen, verschonen die Extremitäten aber meistenteils und die Hohlhand immer. Die Schweifsabsonderung ist bei dieser Erkrankung der Haut nur in geringem Grade verändert, es besteht leichte Hyperästhesie, wohl auch bisweilen Anästhesie; dagegen kommen ernstere trophische Störungen, namentlich Decubitus, vor. Die Bewegungsfähigkeit wird sehr beeinträchtigt, die Nahrungsaufnahme manchmal bedenklich erschwert. Sekundäre Erkrankungen führen gewöhnlich den Tod herbei. — Die progressive Sklerodermie macht keinen Unterschied des Alters. Sie fängt häufig mit Cyanose und Kältegefühl in den Fingern an; daran schliefst sich ein hartes Ödem der Extremitäten, aus dem wiederum eine Verhärtung der Fingerhaut hervorgeht; diese greift dann nach und nach auf Hand und Arm, auf Fufs und Bein und Rumpf über, sodafs die Befallenen sich wie in einem Eisenpanzer eingezwängt fühlen und schwere Einbufse an ihrer Muskelbeweglichkeit leiden; daneben bestehen allerlei Parästhesien. Neben der Atrophie und der daraus sich ergebenden Ulceration der Haut kommt es auch zu beträchtlicher Muskelatrophie mit Kontrakturen. Auch hier erfolgt der Tod gewöhnlich im Verlauf einer sekundären Erkrankung. — Die Morphea ist eine Krankheit der Jugend. Es bildet sich zuerst ein weifser glatter Fleck, der dann langsam verhärtet. Die einzelnen Plaques haben unregelmäfsige Formen und sind durch einen lila Saum von der gesunden Haut getrennt. Die sonstigen objektiven und subjektiven Begleiterscheinungen sind nur geringer Natur; die Krankheit dauert lange, geht aber fast immer in Heilung aus. Zur Morphea rechnet M. auch noch andere Formen, die zwar in manchen Punkten von ihr abweichen, die aber doch im ganzen zu ihr gehören. Die Gründe, die ihn zu anderen Autoren, Vidal

und Galloway z. B., in Widerspruch bringen, wolle man im Text nachlesen. — Auch die Hemiatrophia facialis beginnt mit einer weifsen Stelle, die sich nach und nach, unter Atrophie der Haut, ausbreitet; die Atrophie ergreift allmählich auch die anderen Weichteile und die Gesichtsknochen. Der anatomische Vorgang ist hier derselbe wie bei der Sklerodermie und deshalb gehören die beiden Formen zusammen.

Drei Fälle von tertiärem Zungen-Lippen-Syphilom, von Thévenin. Gemeinsam ist den drei mitgeteilten Fällen, dafs eine spezifische Behandlung gar nicht oder nur in sehr ungenügendem Mafse stattgefunden hatte und dafs die zum Teil recht schweren Symptome, die mit grofsen Schmerzen und mit Behinderung der Ernährung einhergingen, bald schwanden, als ausreichend Quecksilber und Jodkalium angewandt wurden. Der erste der Fälle war der schlimmste. Die 57jährige Patientin war erst mit 47 Jahren syphilitisch geworden und das Glosso-labial-Syphilom bestand bei ihrer Aufnahme in die Toulouser Klinik bereits seit fünf Jahren. Die ganze Unterlippe und zum Teil die Oberlippe waren infiltriert; an beiden Kommissuren bestanden schmerzende und nässende Ulcerationen; auch der Mund sitzt voller Geschwüre. Die Zunge ist geschwollen und rissig. Etwas weniger schwer war der Befund bei den andern beiden Fällen.

Ein weiterer Fall von Hauttuberkulid, von Ménéau. Boeck in Christiania war der erste, der im Jahre 1880 die Hauttuberkulide beschrieben hat; er bezeichnete sie als Lupus erythematosus disseminatus. Der Name „Tuberkulid" stammt von Darier und ist insofern bezeichnend, als diese Form sich fast ausschliefslich bei Tuberkulösen und Skrophulösen findet. Allerdings ist der Nachweis des Tuberkelbacillus in den Neubildungen bis jetzt noch nicht gelungen. — Der von M. beobachtete Fall, an den sich seine weiteren Bemerkungen anknüpfen, betraf ein 9jähriges Mädchen aus tuberkulöser Familie. Der Ausschlag safs am Gesicht und den Extremitäten, besonders an den Ellenbogen und bestand aus Papeln, Pusteln und Krusten, weifsen und violetten Narben. Die Knötchen safsen sämtlich in der Haut, kein einziges war subcutan und beweglich; keines war von einem Haare durchbohrt. Der Ausschlag war ganz schmerzlos. Den Ausgangspunkt der Erkrankung bilden nach der histologischen Untersuchung bald die Haarfollikel, bald die Schweifsdrüsenknäuel; es scheint aber, dafs die Blutgefäfse die primär erkrankten Teile darstellen. Denn sie sind ungeheuer vergröfsert; ihr Endothel wuchert so stark, dafs das Gefäfslumen verstopft wird; gleichzeitig sammeln sich starke Zellenmassen um die Gefäfse an und die Folge beider Vorgänge ist eine Ernährungsstörung.

Neurofibromatosis generalisata acquisita, von Briquet und Chérigié. Bei einem 48jährigen Mädchen entwickelte sich die Krankheit ganz plötzlich nach einer anstrengenden Krankenpflege. Die ersten Tumoren bemerkte Patientin auf der Kopfhaut. Als sie sich zuerst den Verfassern vorstellte, fanden sich auf dem Kopf allein 50 harte Knoten von verschiedener Gröfse. Aufserdem waren Stirn, Hals, Brust, Rücken u. s. w. Sitz zahlreicher Fibrome. Hände, Leib, Unterextremitäten und Schleimhäute sind frei von Neubildungen. Flecke und Naevi vasculares und pilares fehlten gänzlich. Starke Abmagerung. Jede Behandlung erwies sich als machtlos. Die Fibrome vermehrten sich allmählich; es gesellten sich auch heftige Leibschmerzen dazu und bei tiefer Untersuchung des Bauches fanden sich zahlreiche erbsen- bis nufsgrofse Knoten vermutlich peritonealer und intestinaler Herkunft. Dieser Krankengeschichte ist eine kurze klinische Darstellung der Neurofibromatose voraufgeschickt.

Die Dermatothlasie, von H. Fournier. Unter Dermatothlasie versteht F. die Manie mancher Leute, ihre Haut zu mifshandeln und ihr mit Fingern, Nägeln oder Instrumenten Wunden beizubringen. Zum Teil handelt es sich dabei um nervös degenerierte und dem Irrenhaus entgegenreifende Individuen, zum Teil sind die Patienten

aber geistig normal. Im ganzen ist das Leiden sehr selten. F. teilt eine diesbezügliche Beobachtung mit. Der 38jährige Mensch hat seit einigen Jahren, nachdem er früher seine Nägel gekaut hatte, angefangen, sich überall, wohin seine Hände gelangen können, zu verwunden und den Verlauf der selbst erzeugten Hautgeschwüre sorgfältig zu beobachten. Darin besteht die einzige Beschäftigung seines sonst inhaltlosen Lebens. Noch ein weiterer Fall eigener Beobachtung wird kurz geschildert. — Mit Recht handelt Verfasser bei dieser Gelegenheit auch von der Trichotillomanie, d. h. der Sucht, seine Haare auszuzupfen; dieselbe aber als Rückschlag aufzufassen, weil beim Hunde und Papageien bisweilen ähnliches beobachtet werden soll — geht das nicht etwas zu weit? — Eine dritte Form der Dermatothlasie ist von Brocq eingehend gewürdigt und betrifft vorzüglich junge Mädchen, die den ganzen Tag vorm Spiegel stehen und mit spitzen Instrumenten alle Knötchen u. s. w. in ihrem Gesicht bearbeiten. Die Behandlung richtet in allen diesen Fällen nur wenig aus. Vielleicht liefse sich, meint Fournier, die Suggestion hier vorteilhaft verwenden.

Ein Fall von Lio-Myom der Haut, von Audry. A. beschreibt den Fall, der eine 32jährige kräftige Person betraf und giebt eine sorgfältige histologische Beschreibung des Tumors und seiner Umgebung. Derselbe safs auf dem linken Oberarm, hatte Erbsengröfse und war in den letzten zehn Jahren ganz langsam gewachsen; er safs in der Cutis und war prall elastisch. Er bestand aus glatten Muskelfibrillen, die sich nach allen Richtungen kreuzten und gar keinen Zusammenhang mit irgend welchen anderen Organen hatten. A. nimmt als höchstwahrscheinlich an, dafs der Tumor aus einer Hypertrophie des M. arrect. pil. entstanden ist.

Impetigo herpetiformis der Eichel, von Audry. Die in Frage stehende Entzündung schlofs sich unmittelbar an einen Coitus an, war aber, wie der Verlauf erwies, nicht syphilitischer Natur. Patient kam mit 2—3 Vesicopusteln des inneren Vorhautblattes zuerst in Behandlung. Sehr bald bedeckte sich aber auch die Eichel teilweise mit Pusteln, die zusammenflossen und eine grofse eitrige Fläche bildeten. Auch auf dem freien Rand der Vorhaut entstanden zwei runde Geschwüre. Leistendrüsen beiderseits etwas geschwollen. Nach Beseitigung einer bestehenden Phimose — primäre Heilung — und Behandlung mit Borpulver wird der Patient geheilt entlassen.

Das Berufsgeheimnis des Arztes und die Blennorrhoe, von L. Jullien. Wie kann man der Gefahr vorbeugen, dafs nicht geheilte Blennorrhoiker eine Ehe eingehen? Um die Beantwortung dieser Frage bemüht Jullien sich in der vorliegenden Abhandlung. Er behandelt seinen Gegenstand in geistvoller Weise, so dafs man ihm mit Vergnügen folgt. — Das beste Mittel, um Unglück zu verhüten, sieht er in der Aufklärung der Patienten. Nur darf diese Aufklärung nicht allzuweit gehen. Man soll einem Mann z. B., der eine doppelseitige Orchitis durchgemacht hat, nicht sagen, seine Ehe werde ewig kinderlos bleiben; denn in der Ehe passiert manches und mit einer etwaigen Vaterschaft könnten Argwohn und Streit ihren Einzug halten. Wie soll man sich verhalten, wenn ein kranker Mensch trotz aller Vorhaltungen entschlossen ist, zu heiraten? Juhel-Rénoy rät in solchem Fall, das ärztliche Geheimnis preis zu geben. Eine gerichtliche Verfolgung hätte man allerdings kaum zu fürchten; doch verwirft Jullien — und das mit gutem Recht — diesen Vorschlag, den Juhel-Rénoy, seiner Aussage gemäfs, thatsächlich einmal befolgt hat, indem er dem in Frage stehenden Schwiegervater den Rat zukommen liefs, seine Tochter dem betreffenden Kandidaten nicht zu geben. Jullien hat demgegenüber sicher Recht, wenn er das ärztliche Berufsgeheimnis heilig gehalten wissen will. Sollen wir denn aber mit verschränkten Armen zusehen, wie eine blühende Gesundheit das Opfer eines gewissenlosen Menschen wird? Der Verfasser macht uns bei dieser Gelegenheit mit der heroischen That eines Kollegen, eines Dr. Piogey bekannt, der in solcher Zwangslage

dem Kandidaten drohte, wenn er von der Heirat nicht zurücktrete, so werde er ihn öffentlich im Theater ohrfeigen! In diesem Falle hatte die Drohung den gewünschten Erfolg. Trotzdem läfst sich dieses Beispiel nicht zu allgemeiner Nachahmung empfehlen, da die Ärzte dabei sehr bald den Kürzeren ziehen würden. Dagegen ist der Vorschlag, den Jullien macht, wohl der Beachtung wert. Er meint, wir Ärzte sollten das Publikum so lange und so eindringlich über die Gefahren des Trippers aufklären, bis jeder Vater einer Tochter den Bewerber erst dann annimmt, wenn er durch ärztliches Zeugnis wenigstens seine blennorrhoische Ungefährlichkeit nachweisen kann. Auf diese Weise sei manches Unglück zu verhüten, ohne dafs die Ärzte gezwungen wären, ihr Berufsgeheimnis zu verletzen.

Ist die tertiäre Syphilis direkt oder nur auf dem Wege der Vererbung übertragbar? von Buret. B. zerlegt diese Frage in drei Unterfragen: 1. Ist die tertiäre Syphilis kontagiös? 2. Ist die Syphilis im tertiären Stadium vererbbar? 3. Kann ein Heredo-Syphilitiker die Krankheit durch Vererbung auf seine Nachkommenschaft übertragen? Die erste Frage läfst B. unentschieden, ist aber geneigt, sie in verneinendem Sinne zu beantworten. Die zweite Frage wird von ihm bejaht und er glaubt, dafs die kindliche Erbschaft in diesen Fällen als Para-Heredo-Syphilis zu Tage tritt. Was die dritte Frage anbelangt, so giebt er wohl zu, dafs bei Kindern von Heredo-Syphilitikern Mifsbildungen, Entwickelungshemmungen, Idiotie, sogar Nekrosen und ulcerierte Gummata vorkommen können, aber eine wirkliche Heredo-Syphilis, die sich ohne neue Ansteckung von Grofseltern auf Enkel vererben sollte, ist ihm im höchsten Grade unwahrscheinlich.

Über Alopecia congenitalis, von Ch. Audry. Die angeborene Alopecie ist entweder ein selbständiges Leiden oder die Folge anderer Krankheiten, z. B. der Keratosis pilaris, der Ichthyosis u. s. w. Bei der Alopecia vera unterscheidet A. eine diffuse und eine umschriebene Form. Letztere ist äufserst selten. A. hat bereits früher eine derartige Beobachtung mitgeteilt, deren Abbildung die vorliegende Abhandlung wiedergiebt. Sie bringt auch die Beschreibung und Abbildung eines Falles von Alopecia congenitalis diffusa aus der Audryschen Praxis. Derselbe betrifft einen $4^1/_2$jährigen Knaben, der sonst ganz gesund ist, der aber vollkommen haarlos zur Welt kam; erst mit $2^1/_2$ Jahren bekam er Augenwimpern und Augenbrauen, auf dem Kopf ist nur ein ganz zarter Flaum bemerkbar. Seine Geschwister sind frei von dieser Anomalie. — Von den klinischen Bemerkungen, die A. an diesen Fall knüpft, sei hervorgehoben, dafs die Haarzwiebeln bei der angeborenen Alopecie wohl vorhanden sind, dafs sie aber infolge ungenügender Entwickelung keine normalen Haare hervorzubringen vermögen. Von einer ernsten Behandlung kann natürlich nicht die Rede sein. Ziegler behauptet, bei Anwendung der Schilddrüsentabletten Erfolg gehabt zu haben.

Lange Dauer der antitoxischen Kraft der Lymphdrüsen bei einem Syphilitiker, von P. Haan-Havre. Infolge Verletzung seines rechten Fufses bekam der 24jährige K. einen vereiternden Bubo der rechten Leiste. Wenige Monate später kam er mit einer frischen Syphilis wieder in Behandlung. Dabei war auffälliger Weise das rechte Bein des Patienten, dessen Leistendrüse fehlte, mit syphilitischen Papeln u. s. w. übersät, während die linke Unterextremität so gut wie ganz frei war. Bei geeigneter Behandlung gingen die Erscheinungen zurück, als ungefähr 16 Monate später Patient eine Krätze bekam. Es wurden Einreibungen mit Schwefel verordnet. Danach bedeckte sich die rechte Unterextremität wiederum mit einem papulösen Ausschlag, während sich links nur einige schuppende Papeln zeigten. Verfasser führt das Freibleiben der linken Extremität auf das Vorhandensein der linksseitigen Leistendrüsen zurück, und zieht aus seiner Beobachtung als wichtigstes Ergebnis den Schlufs,

dafs die Lymphdrüsen trotz ihrer Sklerose infolge der Syphilis eine antitoxische Kraft, die in diesem Fall 16 Monate andauerte, behalten.

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Protargol, von Henri Fournier. F. berichtet über die bekannten Arbeiten von Neisser und Finger und teilt alsdann seine eigenen Erfahrungen mit, die ebenfalls sehr zu Gunsten des Protargols lauten. Er hat an den Neisserschen Vorschriften kleine Veränderungen vorgenommen, hält aber das Protargol für das beste bekannte Mittel dem akuten Tripper gegenüber. Eine Behandlungsdauer von vier Wochen ist dazu erforderlich.

Verrucae planae juveniles faciei et manuum, von P. Meurisse-Toulouse. Bei einem jungen, 18jährigen Menschen, der wegen Adenitis tuberculosa generalisata ins Krankenhaus zur Aufnahme kam, entwickelten sich erst am Knie, dann auf beiden Händen kleine bräunliche Warzen. Während sie aber auf den Handrücken wenig zahlreich blieben, überzogen sie vom Knie aus allmählich das ganze Gesicht, flossen zu gröfseren Plaques zusammen und liefsen schliefslich nur noch die Nasenflügel, die Ohren und den behaarten Kopf frei. Patient verliefs das Krankenhaus nach einiger Zeit wieder und entzog sich der weiteren Beobachtung; eine Behandlung mit Magnesia carbonica 4,0 täglich war ganz erfolglos geblieben. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 7.

1. **Instillationen von Protargol bei chronischen Urethritiden**, von Desnos. Der Verfasser hat mit Instillationen von Protargollösung bei chronischen Blennorrhoen, die zum Teil seit Jahren bestanden, sehr gute Resultate erzielt. Er träufelt jeden zweiten Tag oder, wenn gar keine Reaktion erfolgt, täglich 20—60 Tropfen einer 1—15%igen Lösung (im Mittel 5—10%ig) in die beiden Abschnitte der Harnröhre ein. Unter 46 so behandelten Fällen hatte er 37 vollständige und definitive Heilungen. — Tuberkulöse Urethritiden werden nach den Erfahrungen des Verfassers durch Protargol nicht beeinflufst; nur beim Bestehen einer Mischinfektion wirkt Protargol auch hier günstig. — In 4 Fällen von blennorrhoischer Cystitis erzielte der Verfasser durch 5—7 Einträufelungen einer 5%igen Lösung vollständige Heilung, die Flüssigkeit mufs in diesen Fällen bei absolut leerer Blase an den Blasenhals gebracht werden.

2. **Studien über die therapeutischen Resultate der gegen die Kongestionszustände gerichteten Methode in der Behandlung der Prostatahypertrophie**, von Noguès. Das gröfste Hindernis für die Urinentleerung der Prostatiker liegt nicht in der Hypertrophie der Prostata, sondern in den Kongestionszuständen derselben. Diese erschweren bezw. verhindern die Entleerung der Blase, während wiederum Füllung der Blase die Kongestion unterhält und so sehr steigern kann, dafs es zu mehr oder weniger starken Blutungen kommt. Alle therapeutischen Mafsnahmen haben daher die Regelung der Cirkulation, Vermeidung bezw. Beseitigung von Blutstauungen und regelmäfsige Entleerung der Blase zum Ziel. — Ausgehend von der Erfahrung, dafs die Massage das Abdomen und die Blutcirkulation im kleinen Becken günstig beeinflufst, hat der Verfasser Bauchmassage auch bei Prostatahypertrophie angewandt. Die Resultate waren sehr ermutigend, besonders in der ersten Periode der Krankheit: die Urinentleerungen wurden schmerzlos, ihre Zahl während der Nacht wurde geringer. Bei Kranken der zweiten Periode nahm die Zahl der Entleerungen während der Nacht ebenfalls ab, die Menge des Residualharns wurde geringer. Selbst bei zwei Prostatikern mit kompleter Retention hatte die Massage gute Wirkung wenn auch die Retention nicht verschwand, wurde doch der Urin klarer, die Blutungen, die vorher spontan wie nach Sondierungen aufgetreten waren, hörten

auf. Eine Verkleinerung der Prostata konnte in keinem Falle nachgewiesen werden; die Besserung erstreckte sich nur auf die funktionellen Symptome.

3. **Hydatiden der Niere. Ausscheidung von Hydatiden mit dem Urin,** von Rochs. I. Der Verfasser beobachtete bei einer 38jährigen Frau in der Gegend der linken Niere eine grofse, bewegliche, fluktuierende Geschwulst, die keine charakteristischen Merkmale aufwies. Es wurde eine Probelaparatomie gemacht, und die Geschwulst punktiert: sie erwies sich als Echinococcusgeschwulst der Niere. Da die Enukleation wegen zahlreicher Verwachsungen mit den Organen der Nachbarschaft unmöglich war, wurde möglichst viel von der Wand der Cyste reseziert. Diese Art vorzugehen ist bei der Unsicherheit der Diagnose, bei dem anämischen Zustande solcher Patienten jeder anderen Methode, besonders der Nephrektomie vorzuziehen. Probepunktion ist nach Ansicht des Verfassers in solchen Fällen gefährlich. — II. Der Verfasser beobachtete bei zwei Patienten die Ausscheidung zahlreicher Echinococcusblasen mit dem Urin. Die Symptome in solchen Fällen sind aufserordentlich verschieden, die Diagnose unsicher, bis Hydatiden ausgeschieden werden, und auch dann ist es unmöglich festzustellen, ob die Blasen aus den Nieren, der Harnblase oder eventuell aus der Prostata kommen. Das Verfahren in derartigen Fällen ist rein exspektativ.

4. **Warmes Wasser in der Therapeutik der Harnwege,** von Noguès. Die Versuche des Verfassers ergaben folgendes Resultat: In der Blase werden Flüssigkeiten von einer Temperatur bis 62°, in der Urethra Flüssigkeiten von einer Temperatur bis zu 42° noch nicht als heifs empfunden. — Spülungen der Urethra sind besonders im akuten Stadium der Blennorrhoe bei Verwendung 40° warmer Lösungen bedeutend weniger schmerzhaft als bei Verwendung kühlerer, bezw. kalter Lösungen. Die warme Flüssigkeit dringt aufserdem viel leichter in die Pars posterior ein. — Reizende Flüssigkeiten, z. B. Lösungen von Argentum nitricum in einer Temperatur von 55—60° in einer Blase von normaler oder annähernd normaler Kapazität gebracht, bewirken viel geringere Beschwerden als die gleichen Lösungen von niedrigerer Temperatur. In Blasen mit verminderter Kapazität verursachen dagegen Waschungen mit heifsem Wasser ebenso starke Schmerzen, in Blasen mit sehr bedeutend herabgesetzter Kapazität sogar heftigere Schmerzen als Waschungen mit kühlem Wasser. Heilende oder desinfizierende Wirkung auf eine bestehende Infektion der Blase hat das heifse Wasser nicht. Das souveräne Mittel ist hier nach wie vor Argentum nitricum. *Götz-München.*

Besprechungen.

Handatlas der Hautkrankheiten, von Prof. M. Kaposi. 1. Abteilung, 2. Hälfte. (Wien, 1898. Wilhelm Braumüller.) Anschliefsend an die frühere Besprechung über die 1. Hälfte der 1. Abteilung, welch' letztere mit 114 Farbentafeln die wichtigsten Hautkrankheiten bis zur Hypertrichosis (in alphabetischer Reihenfolge) wiedergiebt, sei einzelnes hervorgehoben, ohne dafs damit gesagt sei, dafs nicht jede der 114 Tafeln der Beachtung und des Studiums wert wäre. Von den verschiedenen Akneformen sind die durch Medikamente entstehenden getrennt; so zeigt Tafel 11 die Acne picea (ex usu picis), Tafel 13 die Acne jodina mit dem Übergang in bullosa und vegetans, und Tafel 14 die vegetierenden Formen von Bromakne. Sehr instruktiv sind Tafel 30,

31 und 32, welche Kombinationen von Lupus vulgaris mit Carcinom zeigen, sehr hübsch die Fälle von Cornu cutaneum (Tafel 37a und 37b). Das Atheroma exulcerans nasi (Tafel 24) ist schon als „carcinomähnlich" bezeichnet und dürften es wohl die meisten Beschauer ohne Vorgeschichte des Falles für ein wirkliches Carcinom halten. Tafel 28 zeigt anschaulich die beginnende centrale Vernarbung und das periphere Weiterschreiten der Neubildung (Schornsteinfegerkrebs). Der im allgemeinen sehr seltenen von KAPOSI so benannten Dermatitis papillaris capillitii sind Tafel 42—45 gewidmet und 14 Tafeln dem Eccema (Tafel 47—61), wovon als ganz besonders gelungen die Fälle von Eccema marginatum, einer besonders am Scrotum, Oberschenkelflächen und Nates vorkommenden, meist aus Intertrigo entstehenden, sehr hartnäckigen Ekzemform von ganz charakteristischem Aussehen zu bezeichnen sind. Tafel 70 und 71 zeigen Fälle von Erythema annulare recidivans, das eine im Gesicht, das andere an Hand und Vorderarm und könnten demjenigen, der nicht häufig Gelegenheit hat, solche Fälle zu sehen, erhebliche Schwierigkeiten in der Diagnose machen; das gleiche gilt von Tafel 74, wo noch ein Erythema multiforme bullosum et vesiculosum, circinatum et iris an Stirn, Gesicht, Handrücken eine kolossale Entstellung der Patientin bewirkte. Die beiden Tafeln von Erythrasma (81 und 82) dürften von ganz besonderer Wichtigkeit für den Praktiker sein. Die acht Tafeln von Favus (82—90) zeigen die verschiedenen Formen, in welchen diese parasitäre Hauterkrankung auftreten kann; ganz überraschend ist die Varietät von Herpes zoster (Tafel 102—112), wie sie eben nur das Material einer grofsstädtischen Klinik zu bieten vermag. Ein Fall von angeborener Hypertrichosis macht den Beschlufs der 1. Abteilung, und nach dem in dieser Gebotenen kann man mit Spannung Fortsetzung und Schlufs des Werkes, welch' letzterer bis Ostern 1899 versprochen wird, erwarten. *Stern-München.*

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von MARTIN CHOTZEN. Heft 9 und 10. (Leopold Vofs. Hamburg, 1898.) Das neunte Heft bringt folgende Bilder: 49. Psoriasis vulgaris nummularis et gyrata dorsi. 50. Lupus erythematodes capitis. 51. Trichophytia superficialis circinosa faciei. 52. Ulcus serpiginosum incipiens penis und Ulcus serpiginosum pedis; letzteres nicht sorgsam genug ausgeführt. 53. Ulcera chronica cruris e varicibus. Die Zeichnung entspricht nicht der Schilderung. Von den stark aufgeworfenen, derben, schwielig verdickten, bläulich bis hellweifs schimmerden Rändern, der verdickten, prall gespannten Haut in der Umgebung ist nichts zu sehen. 54. Lupus serpiginosus exulcerans humeri; ein sehr instruktives Bild. — Das zehnte Heft enthält: 55. Rupia ad cristam ossis ilei und Keloide post ulcera serpiginosa colli. 56. Gumma subcutaneum exulceratum cruris; Gumma subcutaneum exulceratum cruris in reparatione; Cicatrix post gumma subcutaneum exulceratum antibrachii. Tafel 57, 58, 59, 60 enthalten 16 Bilder von Mundaffektionen in im ganzen gelungener Darstellung. Da sind Erosionen, erythematöse Plaques, papulöse Plaques an Mundschleimhaut, Zunge, Gaumenbögen, Leukoplakie, Exfoliatio areata linguae wiedergegeben. Manchmal sind die Farben ein bischen sehr grob aufgetragen und auch nicht natürlich (z. B. die papilläre Zungenhyperplasie), aber schliefslich sind an der Schwierigkeit, die natürlichen Farben bei Haut- und Schleimhautveränderungen gut wiederzugeben, schon viele gescheitert. Im vorliegenden Atlas werden sie jedenfalls besser überwunden als in manchem früheren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorträge über die Nierenkrankheiten, von GUSTAV FREITAG. (Leipzig, 1898.) Auszüge, die Verfasser sich beim Studium der Litteratur über die Erkrankungen der Harnwege machte, gaben ihm die Anregung zu dem vorliegenden Buche. In 22 Vorträgen giebt er unter Berücksichtigung der Litteratur und hauptsächlich auf dieselbe

gestützt, eine Darstellung der Pathologie der Nierenkrankheiten. Die Anatomie und Physiologie der Nieren schickt er voraus. Es werden Theorie und Praxis in gleicher Weise berücksichtigt, so dafs man sich in dem Buche, das ganz glatt geschrieben ist, wohl orientieren kann. Mag man auch darüber im Zweifel sein, ob gerade ein Bedürfnis nach einem derartigen Werk vorhanden ist, so mufs man doch anerkennen, dafs Verfasser mit grofsem Fleifs das in demselben niedergelegte Material zusammengetragen hat. Einzelnes wird ja trotzdem vermifst werden (z. B. die Möglichkeit einer Verwechselung von Smegmabacillen im Harn mit Tuberkelbacillen, eine eingehendere Erörterung des Ureterenkatheterismus), aber schliefslich ist nichts vollkommen auf Erden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Handbuch der Cystoskopie, von Leopold Casper. Mit 7 Tafeln und 57 Holzschnitten im Text. (Georg Thieme. Leipzig, 1898.) In seiner präzisen und keinen Zweifel an dem, was er sagen will, übrig lassenden Sprache bringt uns Casper ein Handbuch der Cystoskopie. Die reichen Erfahrungen des Autors auf einem Gebiet, an dessen Ausbau er so vielseitig mitgearbeitet hat, werden uns in dem Werk vorgelegt. Wer selbst Caspers Unterricht in der Cystoskopie genossen hat, wird als Referent naturgemäfs in erster Linie sich auf eine Skizzierung des Inhaltes beschränken. In gedrängter und doch fast erschöpfender Form werden nacheinander besprochen Geschichte der Cystoskopie, das Instrumentarium der modernen Cystoskopie, Anatomie und Physiologie der Harnröhre und Harnblase, Technik der Cystoskopie, die Bilder der normalen Blase, die Bilder der pathologischen Blase, die Bedeutung der Cystoskopie und des Harnleiterkatheterismus für die Diagnostik der Krankheiten der Blase und Nieren, einige Sonderheiten der Bilder der Blase beim Weibe, die cystoskopische Therapie, die Photographie der Blasenbilder, Verwertbarkeit der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Krankheiten der Harnorgane. Für das letzte Kapitel bezieht sich Casper vor allem auf die Erfahrungen von Levy-Dorn.

Auf 7 Tafeln veranschaulichen 56 Abbildungen die Verhältnisse der normalen und pathologischen Blase im cystoskopischen Bilde. Je zwei Abbildungen gehören immer zusammen. Einmal das Originalphotogramm in vergröfsertem Mafsstabe und neben ihm das nach der Natur gemalte Bild, da dem weniger Geübten die Photographie keine rechte Vorstellung des Gesehenen giebt. Die Tafeln sind tadellos, man kann an ihnen Anschauung üben. Die den Tafeln zu Grunde liegenden Fälle entstammen mit Ausnahme von zweien Caspers Klientel.

Im einzelnen: Im Vorwort sagt Casper, dafs das, was vor Nitze existierte, kaum den Namen der „Cystoskopie" verdient. In dem Kapitel über die cystoskopische Therapie wird ohne alle Einschränkung Nitze als der Begründer einer rationellen cystoskopischen Therapie hingestellt. Wer so sich äufsert, ist für den unbefangenen Leser von der Wärme für das Genie Nitzes erfüllt, die es verdient. Man kann mit Casper rechten, wenn Bruck jr., der als erster direkte Beleuchtung und Durchleuchtung von Körperhöhlen ausführte, als der Pfadfinder bezeichnet wird, weil er die Blase vom Rectum aus durchleuchtete. Auch Referent ist der Meinung, dafs es ein sehr weiter und sehr neuer Schritt war, die Lichtquelle in die Blase selbst einzuführen. Aber trotz dieser Ausstellung hat keiner das Recht, in Caspers objektiver Auffassung auch nur den Schein eines persönlichen Schrittes zu suchen. Wer ohne staatliche Hülfe durch eigene Kraft ein Material sich aufbaut, mit welchem er ein neu erschlossenes Gebiet fortgesetzt bereichert, hat sicherlich ein Anrecht darauf, von unabhängiger Seite auch dann, wenn er mit seiner Ansicht allein bleibt, erstmal als „Gentleman" betrachtet zu werden.

Spätere Auflagen des Buches werden zeigen, ob und in welchem Umfange der Katheterismus der Ureteren neuen Indikationen begegnen, zur differentiellen Diagnostik

immer mehr herangezogen wird. Die Bilder der pathologischen Blase sind auf ca. 50 Seiten abgehandelt. Uns will es fast dünken, als ob der Autor das wichtigste Kapitel in zu gedrängter Form besprochen hat. Jedes Wort ist dafür aber auch abgewogen. — Caspers Buch wird jedem für die Cystoskopie interessierten Arzt ein wertvoller Führer sein. Druck und Ausstattung sind einwandfrei.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Über Spermatocystitis blennorrhoica, von Walter Collan. (Hamburg, 1898, Leopold Voss.) Wir haben es bei dieser Arbeit mit einer höchst verdienstvollen Abhandlung zu thun. Im Ambulatorium der Fingerschen Poliklinik hat der Verfasser seine Untersuchungen über diese Krankheit angestellt, die häufiger als vermutet in Begleitung des immer mehr in seiner Gefährlichkeit erkannten Trippers vorkommt. Nach einem ausführlichen historischen Rückblick über Anatomie und Pathologie der Samenbläschen, in dem der Entwickelungsgang unserer diesbezüglichen Kenntnisse verfolgt wird, kommt Collan zu den Untersuchungsmethoden. Zur Expression des Samens wurde Felekis Instrument benutzt. Der Finger erreicht ja kaum die Prostata, und schon Guelliot sagt: „Une vésicale que l'on peut reconnaitre avec le doigt, est une vésicule malade". Alle untersuchten Patienten hatten die Zeichen einer Urethritis posterior geboten. Sie mufsten mit voller Blase erscheinen. Vor der Untersuchung mufste Patient urinieren, bis der letzte Urin ganz frei von Beimengungen war. Nun wurde zuerst die Prostata massiert und das Sekret aufgefangen, entweder direkt oder indirekt, wenn in die Blase regurgitiert. Nach Durchspülung der Harnröhre durch Urinieren wurde nun die Vesiculae seminales mit dem erwähnten Instrument ausgedrückt, wozu dies hoch ins Rectum geführt werden mufste. Das Auffangen des Samens geschah wieder direkt oder indirekt. Weil aber die Möglichkeit bestand, dafs Leukocyten oder Gonokokken, die durch die Prostatamassage ausgedrückt worden waren, durch den Urinstrahl nicht vollständig weggespült, sich den Samenglobulinkörpern beimischten, so wurden die letzteren nach Abspülung gehärtet in Celloidin gebettet untersucht. Gonokokken, die in der Celloidinmasse sitzen, stammen sicher nicht aus den Samenbläschen. Die Kasuistik umfafst 15 Fälle. Nicht jedesmal mufs der Spermatocystitis eine Epididymitis oder Cystitis vorhergehen. Im Gegenteil ging bei den 9 positiv Gonokokken aufweisenden Fällen nur 1 mal Epididymitis voran. Manche Autoren behaupten sogar, dafs eine Spermatocystitis jeder Nebenhodenentzündung vorhergehen müsse. Andere bestreiten diese Ansicht. Nach Collan können beide Krankheiten zusammen und unabhängig voneinander vorkommen. Pathologisch-anatomisch hat man 2 Arten der Spermatocystitis zu unterscheiden: 1. einen oberflächlichen, auf die Mucosa beschränkten Typus; 2. einen weiteren Typus, der das submuköse Gewebe ergreift und hier durch Mischinfektion zur Eiterung führt. Die alte Einteilung in akute, subakute und chronische Form ist zu verlassen. Nur die objektive Methode der Untersuchung des ausgepreften Samens ermöglicht exakte Diagnosen, die Symptome sind nicht beweisend. Perinealsensationen, Defäkationsbeschwerden kommen auch bei der Prostatitis, priapistische Beschwerden und häufige Pollutionen bei der Urethritis anterior, blutige Pollutionen bei der posterior, Harndrang bei der Urethrocystitis vor. Zur Beurteilung, wie oft die Spermatocystitis vorkommt, ist die Beobachtungsreihe zu klein. Jedenfalls ist das Leiden häufiger, als man annimmt. Die eitrige Form hat Collan nicht beobachtet. Für diese sind chirurgische Gesichtspunkte mafsgebend, für die oberflächliche, katarrhalische Form besteht die Therapie (angeblich erfolgreich; der Referent) in der Massage mit dem Felekischen Instrument.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Einige Versuche und Beobachtungen am Haare, von SIGMUND MAYER-Prag. (*Zeitschr. f. Heilkde.* XIX. 1898.) In dieser aufserordentlich interessanten Arbeit giebt der Verfasser eine neue Erklärungsart für das Verhalten der Luft im menschlichen Haare, die zwar sowohl von der KÖLLIKERschen Theorie wie der anderer Autoren verschieden ist, wohl aber die von diesen Forschern beobachteten Erscheinungen mit seinen eigenen Versuchen und deren Erklärung in Einklang bringt. Nach MAYER gestalten sich die Verhältnisse so, dafs im oberen Haarabschnitt die Luft im Haarmark intercellulär und intracellulär, im unteren dagegen ausschliefslich intracellulär verteilt ist, wobei anzunehmen ist, dafs die durch feine Intercellularlücken von einander getrennten Markelemente einen schwammigen Bau besitzen. KÖLLIKER, der unter dem Mikroskop das Einschiefsen von Luft in das Haarmark beobachtete, und seine Nachfolger lassen die Luft von aufsen in das Haar eindringen, nachdem sie vorher durch Wasser ausgetrieben und das Haar durch Austrocknen das Wasser wieder vertrieben hatte. Nach MAYER ist das nicht der Fall, sondern die Luft ist schon im Haarmark innerhalb der Zellen feinschaumig vorhanden und erleidet nur eine Dislokation im Haar. Diese Dislokation erregend, also luftentwickelnd wirken auf die Markelemente ein Agentien, welche sie intensiv chemisch oder physikalisch angreifen (koncentrierte Kochsalzlösungen, Mineralsäuren, koncentriertes Glycerin). Starke Säuren und Alkalien wirken lösend auf die Substanzen der Markelemente, koncentrierte Kochsalz- oder Glycerinlösungen wasserentziehend auf die dünnen Scheidewände der Lufträume in den Markzellen, die zerrissen werden. Der Effekt ist der, dafs die vorher fein verteilte Luft zu gröfseren Blasen zusammenfliefsen kann. Die chemische und mechanische Erklärung dieses Vorgangs klärt auch KÖLLIKERS Beobachtungen auf. Durch das Trocknen und den Druck auf das Haar wird ebenfalls eine mechanische Einwirkung auf das Haar hervorgebracht. Dafs ein Eindringen der Luft von aufsen nicht stattfindet, beweist auch MAYERS Versuch, dafs, wenn ein mit Wasser behandeltes Haar rasch getrocknet wurde und dann betrachtet wird, nachdem man es wieder in Wasser zurückgebracht hat, die Erscheinung des Luftanschiefsens sowohl an dem im Wasser als an dem in Luft befindlichen Haar auftritt. — Die angegebenen Versuche gelingen am besten bei unpigmentierten, und zwar nur Papillenhaaren.

Hopf-Dresden.

Die Fettfunktion der Knäueldrüsen und die Durchsetzung der Haut mit Fett, von P. G. UNNA. (*Dtsch. Medizinalstg.* 1898. No. 43.) Die fettsecernierende Thätigkeit der Knäueldrüsen ist noch immer nicht allseitig anerkannt. Der Differenz der Anschauungen liegt eine solche der Methodik zu Grunde. Zur Osmierung mufs man starke (1—2%) Lösungen von Osmiumsäure benutzen, da diese schwer in das Hautgewebe eindringt. Die gleichzeitige Verwendung der FLEMMINGschen Lösung ist auch von Vorteil, wahrscheinlich sind hier die Chromsäure und Essigsäure von Bedeutung. Gute Resultate erzielte Verfasser durch vorheriges Einlegen in

Salpetersäure	1‰,	oder in	*Salpetersäure*	1‰,
Pikrinsäure	1%,		*Pikrinsäure*	1%,
Gerbsäure	1%.		*Gerbsäure*	1%,
(Mischung I.)			*Essigsäure*	5%.
			(Mischung II.)	

Durch letztere wird gleichzeitig das Mark der Hautnerven zur Anschauung gebracht. — In diesen Lösungen bleiben die klein geschnittenen Hautstücke 24 Stunden bei Brutwärme, kommen dann rasch durch Alkohol in Celloidin. Ohne letztere zu entfernen, überträgt man die Schnitte für 4 Stunden in

Osmiumsäure 1%.
Alaun 1%.
(Mischung III.)

So hergestellte Schnitte zeigen Knäueldrüsen und Schweifsporen mit Fett erfüllt. Das beweist definitiv die Einfettung der Gesamtoberfläche durch die Knäueldrüsen. Sehr viel Fett findet man auch in den Lymphspalten der Cutis (besonders in den Papillen) und der Stachelschicht, entlang den Cutisgefäfsen, in den gröfseren Lymphgefäfsen an der Grenze von Cutis und Subcutis. Auch die Wandungen der Blutgefäfse sind von Fett durchsetzt. Nimmt man Haut mit starker Senkungshyperämie, so kann man stellenweise mit Fett erfüllte Blutkapillaren feststellen. — In den Stachelzellen sieht man schwarze Fettstellen, entsprechend den oft gefundenen Kernhöhlen; diese sind also die leeren Betten extrahierter Fetttropfen. In den Kernhöhlen der Hornschicht findet man konstant Fett. — Bei dieser Methode der sekundären Osmierung gelingt es auch, durch Verwendung verschiedener Fixierungsmittel die verschiedenen Arten der Hautfette mikroskopisch zu analysieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mikroskopische Technik.

Über eine Methode zur Färbung elastischer Fasern, von Weigert. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1. Mai 1898.) Verfasser teilt eine seit vielen Jahren von ihm geübte Methode zur Darstellung elastischer Fasern mit. Eine Fuchsin-Resorcinlösung wird unter Zusatz von Liq. ferr. sesquichlorati gekocht; der gebildete schlammige Niederschlag wird auf dem Filter gesammelt und mit Alkokol von 94% Stärke gekocht und mit 4% Salzsäure versetzt. Damit ist die Farblösung fertig. Die Schnitte kommen hinein, werden mit Alkohol abgewaschen und mit Xylol aufgehellt. Die Lösung hält sich monatelang. Schnitte jeglicher Art von Härtung lassen sich in ihr färben. Die Fasern erscheinen dunkelblau. — Der Farbstoff, welcher entsteht, ist ein ganz neuer und gehört vielleicht in die Gruppe der Induline oder Nigrosine. *F. Hahn-Bremen.*

Bemerkungen zur Marchischen Färbung und Markscheidenfärbung von Weigert, von M. Aschkanazy. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1897.) Die Marchische Färbung, für die Darstellung degenerierter Nervenfasern angegeben, hat als Fettfärbung sich in hohem Mafse bewährt zur Darstellung normaler Fettsubstanzen und fettig degenerierter Teile. Verfasser unterwirft die Methode einer eingehenden Betrachtung und einem Vergleiche mit der von Weigert angegebenen. An dieser Stelle kann nur erwähnt werden, dafs sich die Leprabacillen nach beiden Methoden deutlich schwarz färben, was durch den Fettgehalt zu erklären ist. Da die Weigertsche Färbung eine Nervenmarkfärbung, die Marchische eine Fettfärbung ist, so wird die letztere nur im Beginne von Nervendegenerationen verwertbar sein, während die erstere noch die Markscheiden darstellt, wenn die Zerfallsprodukte lange resorbiert sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Was sind die Ernstschen Keratingranula? von Kromayer. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 15. Juni 1898.) Verfasser weist durch Versuche nach, dafs die von Ernst beschriebenen Keratingranula, die er als durch Zerfall der Proto-

plasmafasern der Hornzellen entstanden schildert, Kunstprodukte sind, Farbstoffniederschläge, die durch den Alkohol, bezw. durch Xylolalkohol an den nach GRAM entfärbten Schnitten entstehen. *F. Hahn-Bremen.*

Bakteriologie.

Über Mikroorganismen, welche sich morphologisch und tinktoriell wie der Tuberkelbacillus verhalten, von ALFRED MOELLER. (*Koberts Görbersdorfer Veröffentlichungen.* 1898. Bd. I.) Stellte der Verfasser das sog. Timotheegras mit sterilem Wasser in mit Gummikappe versehenem Reagensglas 14 Tage bei 37° in den Brutschrank, so sah er Mikroorganismen sich entwickeln, welche säurefest waren und sich morphologisch wie Tuberkelbacillen verhielten. Ferner fand Verfasser in Kuhmist, in den frischen Darmentleerungen von vielen Kühen, Pferden, Ziegen, Schweinen und namentlich Mauleseln einen ähnlichen Mikroorganismus. *Leistikow-Hamburg.*

Über Reinkulturen von Smegmabacillen, von HUGO LASER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 43.) — **Zur Kenntnis der Smegmabacillen,** von E. CZAPLEWSKI. (ibidem.) LASER gelang die Züchtung der Smegmabacillen auf eiweifsreichen Nährböden: erstarrtem Agar, auf den etwas Menschenblut gebracht war. Später fanden sich noch weitere geeignete Nährböden. Nach 24 Stunden entwickelten sich Kolonien ähnlich denjenigen der Streptokokken und Diphtheriebacillen. Die Bacillen färben sich nach der für Tuberkelbacillen üblichen Methode, aber auch mit einfachem Fuchsin, Methylenblau oder nach GRAM. Das schnelle Aufgehen der Kulturen ist wichtig für die Abgrenzung gegenüber den Tuberkelbacillen, was für die Diagnose der Urogenitaltuberkulose von Bedeutung ist. — CZAPLEWSKI bestätigt die LASERschen Befunde. Ihm gelang die Züchtung zufällig auf Nutroseserumagar. Er hebt hervor, dafs die Smegmabacillen, trotzdem sie nicht auf fetthaltigem Nährboden gezüchtet waren, eine enorm hohe Resistenz gegen Entfärbung haben. Es kann also der Fettgehalt des Nährbodens nicht die Ursache der Resistenz sein, letztere mufs in dem Verhalten der Leibessubstanz der Bacillen begründet sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine einfache Sporenfärbungsmethode, von AUJESZKY. (*Centralbl. f. Bakt.* 27. Febr. 1898.) Ein wenig der sporenhaltigen Kultur wird auf ein Deckglas gestrichen, an der Luft getrocknet und dann für 3—4 Minuten in ca. 60° warme ½%ige Salzsäurelösung gebracht; dann färbt man mit Karbolfuchsin, entfärbt in der gewöhnlichen Weise und benutzt zur Kontrastfärbung des Bakterienleibes Malachitgrün oder Methylenblau. *F. Hahn-Bremen.*

Untersuchungen über pathogene Sporozoen. *Bibliotheca medica.* Abteilung D II. Dermatologie und Syphilidologie. Heft 4:

I. **Zur Entwickelung des Coccidium oviforme als Zellschmarotzers** (mit Tafel I—IV), von Prof. W. PODWYSSOZKI. Im Gegensatz zu der lange bekannten exogenen Sporulation des enystierten Coccidium beschrieb R. PFEIFFER die endogene Sporulation des membranlosen intracellulären Coccidium. Verfasser fixierte das Material in FLEMMINGS Lösung mit 2½—3%iger Osmiumsäure: Safraninfärbung. Nachfärbung mit Indigokarmin und Pikrinsäure. Chromatin rot, Bindegewebe und Membran blaugrün. Hauptsitz: Epithel der mittelgrofsen Gallengänge. Pathologischer Effekt: Adenomatöse Wucherung. Studium nur möglich bei akuter Coccidiose. Sofort nach Eindringen in das Epithel vom Gefäfslumen aus, daher zwischen Kern und Lumen liegend, wird das fischartige Coccidium kugelig. Das kernlose Schwanzende löst sich los und bedeckt das Coccidium

einseitig, halbmondförmig, mützenartig. Färbung: blaugrün. Coccidium gelb. Mitunter Lamellierung der Kappe, um das Coccidium von zwei Seiten zu umgeben. Ähnliches Gebilde von POLLARD beim Amphioxus als veränderter Epithelkern gedeutet. Um Coccidium Vacuole frei von Eiweifs und Schleim. Wachstum und Reifen des intracellulären Coccidium. Bläschenförmiger Kern mit rubinrotem (Safranin) Nucleolus. Protoplasma fein granuliert (Fette oder Lecithin). Mit Wachstum Auftreten der Chromatinkörner des Kernes. Auch im Protoplasma rote Granula, doch keine Nukleinsubstanz, sondern albuminoide Masse; rot, dunkler als die der Korngranula. Aussehen wie Fetttropfen, am ähnlichsten Dotterplättchen. Sporulation. Chromatinanhäufungen im Kern, mitunter strahlige Fortsetzung derselben ins Protoplasma (WOLTERS geflammte Kerne?). Coccidie wird Sporocyste. Gruppierung der Chromatinkörner um einzelne Centra, welch' letztere schliefslich aus nucleolushaltigem Kern mit umgebendem Protoplasma bestehen. Sporenzahl zwei bis mehrere Zehner. Zahl umgekehrt proportional der Gröfse. Anfangs kugelig, werden die Sporozoiten später fischartig. Kern im Kopfende. Membran der Sporocyste leicht zerreifsbar. Abweichungen: 1) Sporulation in noch bekapptem Coccidium; 2) Sporen wachsen nicht in die Länge, sondern teilen sich in der Sporocyste mehrmals. Mitunter Karyokinese. Infektion der Leberzellen. In alten Lebern, die Narben von überstandener Coccidiose zeigen, finden sich mitunter in Leberzellen Coccidien, wahrscheinlich einer anderen Art von Sporozoen zugehörend. Die sich bildende Leberzellvacuole ist schleimhaltig und giebt Metachromasilreaktion.

II. **Sporozoen in Geschwülsten** (Carcinomen und Sarkomen, mit Tafel V—VII), von J. SAWTSCHENKO. Besprechung der Litteratur. 1) Die von MALASSEZ, ALBARRAN, VINCENT in Krebsen, DARIER (Psorospermose), WICKHAM (PAGET's Disease) beschriebenen Gebilde sind keine Parasiten. Dagegen müssen als solche aufgefafst werden 2) die Zelleinschlüsse von PODWYSSOZKI und SAWTSCHENKO. Auszuschalten sind a) Leukocyten. Hiergegen sprechen Gröfsenunterschiede und Fund an Stellen ohne Leukocyteninfiltration. b) Blutkörper, die viel gröfser sind und andere Farbstoffverteilung haben. c) Chromatinkörnchen, die sich auch in anderen Zellen finden, oder in Nachbarschaft von Nekrosen. 3) Die unzweifelhaften Parasiten sind zuerst beschrieben von SJÖBRING als Sporocysten. Auf diese beziehen sich folgende Untersuchungen von 60 Fällen u. a. Carcinom (10 ventriculi, 20 mammae, 12 Unterlippe), 8 Sarkome. Methode: Zuerst Untersuchung der frischen Zellen in $^1/_2$%iger NaCl-Lösung ev. nach Zerzupfen. Härtung von parasitenreichen (Nachweis durch frische Untersuchungen) Stücken in FLEMMINGS Lösung. Magentarot, Kerne rot, Protoplasma rosa, Schleim violett, das Chromatin der Parasiten rot. Parasitenleib ungefärbt, mitunter gelbbraun. Safranin. Karbolfuchsin. Zunächst ergab die Untersuchung, dafs die von SOUDAKEWITSCH, FOÀ, RUFFER beschriebenen, grofsen, kugelförmigen Zelleinschlüsse, mit Schleim erfüllte und durch Degeneration entstandene Parasiten sind. In diesen Vacuolen befinden sich aber froschlarvenartige Parasiten, die von RUFFER und PLIMMER als Kern des Parasiten (Vacuole) gedeutet waren. Mitunter im Kopfende helles Bläschen. Der einwachsende Parasit ist kugelförmig oder leicht oval. Protoplasma fein granuliert. Im Kern Chromatinkörner. Chromatinauftreten im Protoplasma. Sporulation unter Hinterlassung eines Restkörpers. Sporen wandern aus der Vacuole und bleiben in derselben Zelle oder infizieren benachbarte immer unter erneuter Vacuolenbildung. Der längliche jüngere Parasit wird wieder kugelig oder leicht oval. Der Unterschied von ähnlichen Gebilden ist durch die stets vorhandene Kernsubstanz gegeben. Gegen Coccidien spricht das Fehlen inkapsulierter Formen, die Ähnlichkeit mit Hämatozoen tritt hervor. Parasiten finden sich vielfach aufser im Carcinomepithel auch im Endothel lymphatischer Zellen (?) z. B. in Metastasen, in jüngeren Bindegewebszellen beim

Mammascirrhus, in Sarkomzellen, stets von Schleimvacuole umgeben, die durch die spezifische Wirkung des Sporozoon auf das umgebende Protoplasma entsteht. Sehr selten Parasiten im Zellkern. In Hautkrebsen teils Fehlen, teils geringe Zahl. Stets zu konstatieren Korotneffs Rhophalocephalus carcinomatosus. In Sarkomen sind die Parasiten meist in der peripherischen Schicht vorhanden. Die ätiologische Bedeutung der Parasiten ist für die malignen Tumoren in hohem Maſse wahrscheinlich. — Referent enthält sich jeglicher Kritik. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Hygiene.

Die Statistik der venerischen Krankheiten in geschlossenen Kreisen und ihre Prophylaxe, von Friedrich und Török. (*Orvosi Hetilap.* 1897. No. 25—27.) Die Verfasser sind der Ansicht, daſs sowohl die objektiven als auch die subjektiven Fehlerquellen bei Statistiken verschwindend klein werden, wenn diejenige Methode angewendet wird, welche auf der Beobachtung geschlossener Kreise beruht und diese Beobachtungen in relativen Zusammenhang gebracht werden mit der ganzen Bevölkerung. In dieser Richtung haben die Verfasser ihre Untersuchungen auf die Venerischen der beiden gröſsten Budapester Krankenkassen ausgedehnt, welche nahezu 100000 Mitglieder zählen, also beiläufig $^1/_6$ der ganzen Einwohnerschaft ausmachen. Da die Syphilis und Blennorrhoe eine Latenzperiode haben und infolgedessen ein Teil der Kranken einer genauen Beobachtung entgehen können, beschränkten sich die Verfasser bloſs auf die frischen Infektionen, da ihr Bestreben war, zu wissen, wie viele von einer gewissen Anzahl von Arbeitern jährlich an Venerie erkranken. — Die Daten sind nun folgendermaſsen gesammelt worden. Sämtliche Kassenärzte führten eine Liste, in welche eingetragen wurde, ob die Infektion eine frische oder veraltete ist, wo die Infektion acquiriert wurde, ob der Kranke bereits und durch wen behandelt wurde. Bei den venerischen Geschwüren wurde noch registriert, ob dasselbe sich in ein hartes Geschwür verwandelte, und ob Exantheme folgten. Um auszuschlieſsen, daſs derselbe Kranke wiederholt in die Register aufgenommen würde, sind am Jahresschlusse die einzelnen Namen und Daten in der angelegten Liste verglichen worden, und so konnte jeder Fall nur einmal vorkommen. Nachdem anzunehmen ist, daſs nicht jeder Infizierte sich bei den Kassenärzten meldete, sind wohl die Infektionen häufiger vorgekommen, als selbe in der Statistik nachgewiesen sind. Nach Schätzung der Verfasser bleibt dieselbe aber wohl um nicht mehr als um 20—25% hinter der Wirklichkeit zurück. Die Beobachtung einzelner Individuen in geschlossenen Kreisen resultiert also die Minimalzahl, welche über die Häufigkeit der venerischen Infektionen unter den Budapester Arbeitern Aufschluſs giebt. Im Jahre 1896 zählte die Budapester Bezirkskrankenkasse und die Allgemeine Arbeiter-Krankenkasse 96449 Mitglieder, von diesen erkrankten 1636 an frischen Infektionen, d. i. 1,7%. Von diesen erkrankten an Blennorrhoe 881 = 53,9% der venerischen Gesamterkrankungen resp. 0,91% der beobachteten Arbeiter; an Ulcus molle 532 = 32,5%, resp. 0,55%; an Syphilis 223 = 13,6%, resp. 0,23%. Die Infektion stammte von einzeln wohnenden Prostituierten in 458 Fällen = 27,9% der Gesamtfälle; aus öffentlichen Häusern 492 = 30,0%, von Geliebten 280 = 17,1%; von Kellnerinnen und Kassiererinnen 70 = 4,3%; von Ehegattinnen 123 = 7,7%. Nicht eruierbar war die Infektionsquelle in 213 Fällen = 13,0%. Von den unter behördlicher Aufsicht stehenden Frauen rührte also die Infektion in nicht weniger als 57,9% der Fälle her. Auffallend ist es, daſs die Zahl derer so groſs ist, die von den unter behördlicher Aufsicht stehenden Frauen infiziert wurden; diese Zahl ist eigentlich noch gröſser, wenn man in Anbetracht zieht, daſs zahlreiche Frauen in der Rubrik

der Geliebten und Kellnerinnen vorkommen, die eigentlich einzeln wohnende Prostituierte sind. Das sind die sogenannten „ambulanten" Prostituierten, eine Institution, welche von der Polizei aus sanitären und moralischen Rücksichten geschaffen wurde, welche nicht genug verurteilt werden kann. Es sind dies Prostituierte, die diesen Beruf auf Grund polizeilich ausgestellter provisorischer sogenannter Laufscheine als eine Art Nebenbeschäftigung betreiben, deren Wohnung eventuell der Polizei gar nicht bekannt ist, weil sie selbst wöchentlich zweimal in der Polizeicentrale zur Untersuchung erscheinen müssen. Den Grund für die so auffällig hohe Procentzahl, welche gerade durch die regelmäfsig untersuchten Prostituierten verursacht wird, sehen die Verfasser teilweise in den ungünstigen Umständen, unter denen die Untersuchungen erfolgen, anderseits in der ungenügenden Anzahl der Untersuchungsärzte und in dem Umstande, dafs die Prostituierten in der Wohnung untersucht werden. Diese Umstände tragen allerdings viel dazu bei, um den prophylaktischen Wert der ärztlichen Untersuchungen herabzusetzen. — Nichtsdestoweniger halten die Verfasser die polizeiliche Untersuchung nicht für überflüssig, denn durch dieselbe wird wenigstens ein grofser Teil der erkrankten Mädchen gezwungen, sich einer Hospitalbehandlung zu unterwerfen, und wird der Möglichkeit beraubt, die geschlechtliche Infektion in der Bevölkerung zu verbreiten. Anderseits ist es eine bekannte Thatsache, dafs, trotzdem die Prostituierten einer Spitalbehandlung unterzogen werden, doch bei ihnen am raschesten die Infektion stattfindet. Dieses läfst darauf schliefsen, dafs in einer grofsen Anzahl der Fälle die Prostituierte selbst ihre Krankheit nicht weiter giebt, sondern eine Vermittlungsrolle spielt zwischen dem früheren und späteren Gaste, sie selbst aber dadurch von den Infektionskeimen verschont bleibt. Verfasser wünschen daher, dafs neben der geheimen Prostitution (Kellnerin, Kassiererin, Sängerin etc.) auch die Mädchen besuchenden Männer ärztlich untersucht werden sollen. Nachdem aber dieser ideale Wunsch schwer durchführbar ist, müfste man sich dahin bestreben, dafs die Männer in die Lage kommen, die Infektion nicht weiter zu vermitteln. Sie halten es daher für wünschenswert, die Arbeiter ebenso einer periodischen Untersuchung zu unterwerfen wie möglichst über ihr Leiden und deren Konsequenzen aufzuklären und ihnen die Behandlung leicht zugänglich zu machen, die Prostituierten aber darin zu unterweisen, dafs sie selbst die Besucher auf etwaige Erkrankungen untersuchen. Dafs die Behandlung und die rasche Heilung der Kranken ein wichtiger prophylaktischer Faktor ist, dem in den Krankenkassen noch dadurch nachgeholfen wurde, indem eine Anzahl von Spezialärzten angestellt wurden, beweisen folgende statistische Daten. Im Jahre 1892 kamen auf 30 000 Mitglieder 148 = 0,49% Syphilisinfektionen; im Jahre 1893 auf 44 700 Mitglieder 170 = 0,30% Syphilisinfektionen; im Jahre 1894 auf 46 314 Mitglieder 132 = 0,29% Syphilisinfektionen; im Jahre 1895 auf 49 532 Mitglieder 100 = 0,22% Syphilisinfektionen; und im Jahre 1896 auf 49 485 Mitglieder 85 = 0,21% Syphilisinfektionen. Aus diesem geht hervor, dafs neben den anderen prophylaktischen Mafsnahmen, welche eigentlich erst in zweiter Linie eine Rolle spielen, am wertvollsten und am effektvollsten die Behandlung der venerischen Krankheiten und die rasche Heilung deren Symptome ist. — Interessant ist auch der Einfluſs der Beschäftigungsart der Arbeiter auf die Häufigkeit der Infektionen Es läfst sich nämlich die Thatsache konstatieren, dafs bei Arbeitern, die weniger physisch und mehr geistig angestrengt sind und dabei gröfseren Verdienst haben, häufiger Venerie auftritt als im entgegengesetzten Falle. So traten Geschlechtskrankheiten auf bei Müllern in 0,8%, bei Schmieden in 1,0%, bei Kutschern in 2%, bei Metallarbeitern in 2,8%, bei Schiffern in 3,1%, bei Handlungsgehülfen in 3,5%, bei Kellnern in 4,4%, bei Bildhauern in 6,5%, bei Schriftsetzern in 6,9%, bei Nachtbäckern in 10,0%, bei Maschinenmeistern in 13,8%, bei Sängern und

Sängerinnen in 18,3% und bei Beamten in 20,5%. — Diese Daten lassen auch noch die Berechtigung zu, eine andere Folgerung zu schliefsen, nämlich diejenige, dafs es gestattet ist, die bei den Arbeiterkassen gefundenen Daten auch auf die ganze Einwohnerschaft zu übertragen. Um dem Einwande zu begegnen, dafs diese Übertragung auf die Gesamtbevölkerung nicht gut möglich ist, haben die Verfasser auch Beobachtungen angestellt im kaufmännischen Spitalsverein und unter den Universitätshörern; die Resultate waren verhältnismäfsig dieselben wie bei den Arbeiterkassen.

A. Alpár (Aschner)- Budapest.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über das ursächliche Verhältnis der Darmfäulnis zu einigen Dermatosen, von Anton Veveroch. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 44.) Die Singerschen Mitteilungen über die Steigerung der Darmfäulnis als Ursache einer Reihe von Dermatosen hat Verfasser einer genauen Nachprüfung unterworfen. Zunächst sucht er eine sichere Methode zur Bestimmung des Grades der Darmfäulnis zu finden. Die Feststellung einer Vermehrung der Darmbakterien ist nicht entscheidend, da wir die normale Zahl derselben und den Anteil der einzelnen am Fäulnisprozefs nicht wissen. Rationeller ist die Bestimmung der Fäulnisprodukte, jedoch aus mehreren Gründen unzuverlässig. Eine Bedeutung haben nur jene Stoffe, welche zur Resorption kommen, im Körper kreisen und durch die Exkrete, namentlich durch den Harn, ausgeschieden werden. Ein Teil der resorbierten Fäulnistoxine wird nach der Resorption wahrscheinlich durch den Einfluſs der lebenden Zellen in ungiftige Substanzen übergeführt. — Die Fäulnistoxine sind aromatische Substanzen, die durch den Harn in Gestalt gepaarter Schwefelsäuren ausgeschieden werden. Wenn man letztere bestimmt, erhält man Zahlen für die im Darm, aber auch für die in den Geweben gebildeten Fäulnisstoffe; allerdings kommen dabei nicht alle im Darm gebildeten Substanzen zur Geltung. Es sind deshalb die erhaltenen Werte nicht ohne weiteres zur Bestimmung der Darmfäulnis zu verwenden, zumal ja schon eine Alteration des Darmepithels die Menge der resorbierten Substanzen beeinfluſst. Es geben die gepaarten Schwefelsäuren nur einen Maſsstab für die Feststellung aller Toxine, die im Körper kreisen. — Als Methode verwendete Verfasser die Baumann-Salkowskische und untersuchte zehn Fälle. Dieselben betreffen: Eccema impetiginosum, Eccema acutum faciei, Eccema universale, Eccema chronicum, Dermatitis herpetiformis (zweimal), Psoriasis universalis, Psoriasis. — Das Resultat der Arbeit war ein vollkommen negatives, da ein Zusammenhang der Hautleiden mit Veränderungen in der Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren nicht nachweisbar war. (Die ausgewählten Fälle sind für diese Untersuchung zum groſsen Teil wenig geeignet.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kasuistik der Harnstoffausscheidung durch die äufsere Haut, von W. Jahnel. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 46.) Bekanntlich ist die Existenz des Harnstoffes im Schweiſse des gesunden Menschen auſser Frage gestellt, unter Umständen begegnen wir demselben bei erkrankten Menschen in vermehrtem Maſse, und dies hauptsächlich bei urämischen Zuständen und bei der Cholera-Asphyxie. So finden wir im Schweiſse der an Choleranephritis und der im Verlaufe der verschiedenen Formen der Nephritis an Urämie Erkrankten eine derartige Vermehrung des Harnstoffes, dafs er nach dem Verdunsten desselben auf gewisse Teile des menschlichen Körpers wie ein Reif sich niederschlägt und als eine Substanz von gelblich-weiſsem krystallinischen Gefüge hier anschieſst. — Verfasser veröffentlicht nun einen derartigen Fall. Die 23jährige Patientin litt an einer chronischen Nephritis und Hyper-

trophie und Dilatation des linken Ventrikels; acht Tage vor dem Tode entwickelten sich urämische Zustände. Der ganze Körper, vornehmlich aber Stirn, Nase und Wangen, war mit einem gelblichen, klebrigen Schweifse bedeckt. Dieser Anfall wiederholte sich öfter und bei den späteren Nachschüben war das Gesicht übersät mit weifslichen Krystallen und krystallinischen Schüppchen, welche an der Haargrenze zu weifsen Krusten von hartem, knirschendem Gefüge angeordnet waren. Der wiederholt abgenommene und gesammelte Belag erschien sowohl im mikroskopischen Bilde, als auch durch seine chemische Reaktion als reiner Harnstoff.

A. Alpár (Aschner)-Budapest.

Die Ausscheidung der Bakterientoxine durch die Haut, von David Walsh-London. (*The Lancet.* 5. Febr. 1898.) Das Übergehen interner Medikamente aus dem Blut in Exkretions-, seröse und Synovialflüssigkeiten ist häufig nachgewiesen worden, ebenso hat man in Hautläsionen bei Jodgebrauch das Jod gefunden, ferner Harnstoff bei Urämie und Galle bei Gelbsucht, beides in der Hautoberfläche. Ein hämatogenes Reizmittel kann, wenn es die Haut zu entzünden vermag, dasselbe auch bei einem anderen Exkretionsorgane thun und umgekehrt. Nach Tuberkulininjektionen findet sich oft ein scharlachähnlicher Hautausschlag. — Im Schweifs der Phthisiker finden wir oft Tuberkulin. Hierher gehören auch die Schweifse und Hautausschläge der Rheumatiker, durch die toxische Stoffe ausgeschieden werden. Dies haben die alten Empiriker beim Ausschwitzen der Fieber unbewufst erkannt. — Wie die Absonderungen eine Menge Hautentzündungen erklären, so sind sie auch für manche Behandlungsmethoden von Wert, die auf eine Elimination von Toxinen hinzielen.

Eugen Hopf-Dresden.

Über die Durchgängigkeit der menschlichen Epidermis für feste und flüssige Stoffe, von Wilh. Filehne. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 3.) Verfasser hat die Frage geprüft: Welches sind die Bedingungen, unter denen eine Substanz durch die Epidermis dringen kann, und für welche Substanzen sind diese Bedingungen thatsächlich erfüllt? Zunächst sind nur feste und flüssige Stoffe geprüft. Es kamen nur solche Stoffe in Betracht, welche direkt das Keratin nicht tangieren. Die Epidermis ist eine mit Cholestearinfetten durchtränkte, aufsen mit Hauttalg überzogene Diffusionsmembran. Es können dieselbe daher nur Stoffe passieren, welche in diesen die Epidermis durchtränkenden Stoffen gelöst sind oder sich mit ihnen mischen. Es wurde deshalb eine Reihe von Stoffen geprüft, inwieweit sie in Lanolinum anhydricum und in Olivenöl sich lösen, resp. mit ihnen sich mischen. — Es zeigte sich nun, dafs von anorganischen Stoffen im Lanolinum anhydricum nicht aufgenommen werden: Kochsalz, Kaliumchlorid, Jodkalium, Ferrum carbonicum, Arsenik, Tartarus stibiatus und auch Quecksilber. Äufsern diese Stoffe als Salbe also eine pharmakodynamische Wirkung, so geht der Weg hierbei nicht durch die Epidermis. Dagegen ist eine Resorption durch die Epidermis hindurch möglich bei den in Lanolinum anhydricum löslichen Stoffen: Schwefel, Sublimat, Bleioxyd, essigsaures Blei, Jod, Eisenchlorid, Eisensulfat. Die meisten dieser Stoffe lösen sich auch in Olivenöl. Von organischen Stoffen lösen Lanolin resp. fette Öle: Alkohol, Äther, Chloroform, oder sie mischen sich wenigstens mit ihnen. Ebenso Ol. Terebinth., Ol. Sabinae, Ol. Sinapis, Ol. Crotonis, Jodoform, Karbolsäure, Chrysarobin, Kampher, Nikotin, Chinolin, Veratrin, Kokain, Strychnin. Alle diese Stoffe können ohne weiteres durch die Epidermis eindringen. Bemerkenswert ist, dafs die Alkaloide, nicht aber ihre Salze, durchpassieren können. — (Für die Praxis sind diese Versuche insofern nicht von grofser Wichtigkeit, als es dem Praktiker gleichgültig sein kann, ob die Stoffe durch die Epidermis oder durch die Hautdrüsen eindringen und ihre Wirkung

entfalten. Letzterer Weg wird aber wohl von manchem dieser Stoffe (z. B. Quecksilber), die die Epidermis nicht passieren können, eingeschlagen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Unnaschen Plasmazellen in den normalen und tuberkulösen Granulationen, von Karl Justi. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität Marburg. Nach einer gekrönten Preis-Arbeit.) Verfasser kommt auf den Schluſs hinaus, „daſs die Plasmazellen wahrscheinlich durch eine progressive Entwickelung aus den kleinen rundkernigen Leukocyten entstehen.“ Und weiter: die Plasmazellen, d. h. also ein groſser Teil der eingewanderten rundkernigen Leukocyten, hätten demnach die Aufgabe, eine gewisse Substanz, über deren Wesen wir höchstens Vermutungen anstellen könnten, zu transportieren. Und zwar könnten sie den wuchernden Bildungszellen einen Stoff für die Ernährung zuführen, oder sie räumen eine Substanz, indem sie mit ihr sich beladen, sich in die Lymphbahnen begeben, aus dem Gewebe hinweg. — „Wir neigen mehr der zweiten Möglichkeit zu, nach welcher eine Substanz aus dem Gewebe forttransportiert wird.“ — Die vorstehenden Ergebnisse sind gewonnen durch die Untersuchung von Wundgranulationen (Mensch, Hund, Kaninchen). — Die Untersuchung tuberkulöser Granulationen beim Menschen und tuberkulösen Gewebes beim Kaninchen hatte als wesentliches Ergebnis, daſs von einer allgemeinen Entstehung der epitheloiden Zellen aus Plasmazellen durch homogenisierende Schwellung nicht die Rede sein kann. Die Masse der epitheloiden Zellen entsteht vielmehr aus den autochthonen Zellen. — Die fleiſsigen Aufzeichnungen alles dessen, was der Verfasser an Zellen und Zellübergängen gesehen hat, machen aber auch die Bemerkung nicht überflüssig, daſs das mikroskopische Bild nur ein „Nebeneinander“ der Bilder giebt. Thatsache ist, daſs der Autor die wohlausgebildete Plasmazelle nicht ein einziges Mal innerhalb der Gefäſse gesehen hat. Daſs die im Gewebe massenhaft sich findenden Plasmazellen aus den Gefäſsen entstammenden einkernigen Leukocyten sich entwickeln durch Aufnahme eines Stoffes, welcher forttransportiert wird, bleibt daher vorläufig nur eine Hypothese. Daſs der Verfasser seine Schlüsse vorsichtig zieht, soll anerkannt werden. — Der breite Spielraum, welcher subjektivem Ermessen bleibt, um nach dem mikroskopischen Präparat zu bestimmen, ob die eine Zelle aus der anderen sich entwickelt hat, wird wesentlich eingeengt, wenn möglichst einwandsfreie Färbungen benutzt werden und möglichst einheitlich gefärbt wird. Unna hat das Verdienst, als erster auf die „Plasmazelle“ hingewiesen zu haben. Unna hat wiederholt und mit Nachdruck darauf hingewiesen, daſs seine Färbungen des Protoplasma Alkoholhärtung verlangen. An in Alkohol gehärtetem Material ist Unna nach vielen mühevollen Versuchen dazu gelangt, in seiner so einfach auszuführenden polychrom Methylenblau-Glycerinäthermethode eine äuſserst zweckmäſsige Methode der Darstellung der Plasmazellen zu empfehlen. — Referent möchte vor der Hand nicht in die Streitfrage eintreten, ob die Geburtsstätte der Plasmazelle innerhalb der Gefäſse bezw. im Gewebe zu suchen ist. Jedenfalls liegt hier eine Frage von prinzipieller und weitreichender biologischer Bedeutung vor. Der Entdecker der Plasmazelle, Unna, vermeinte mittelst seiner Methoden die Übergänge von Plasmazellen zu Bindegewebszellen gesehen zu haben, und da er wohlausgebildete Plasmazellen niemals innerhalb der Gefäſse gesehen hat, hat er für sich den Schluſs gezogen, die fixen Gewebszellen für den Ursprung der Plasmazelle in Anspruch zu nehmen. Referent meint aber, daſs Unna das Recht hat, zu fordern, daſs von den über Plasmazellen arbeitenden Autoren die einschlägigen eigenen Arbeiten genau gekannt und vor allem die Hauptmethoden angewandt werden. Referent vermiſst in Justis Litteraturverzeichnis die Angabe der technischen Artikel

Unnas. Justi hat verschwindend selten Alkoholfixierung gebraucht, vorwiegend Flemmings Lösung und Sublimat in Anwendung gezogen. — „Die Schnitte verweilten 24 Stunden in alter (polychromer) koncentrierter alkalischer Methylenblaulösung, wurden schnell in 70%igem Alkohol abgespült und dann für einige Zeit in Alcoh. absol. gebracht. Zur Aufhellung diente Bergamottöl." — „Nach den Untersuchungen von Marschalkós erzielt man mit dieser Methode dieselbe Färbung wie mit der ursprünglich von Unna angegebenen." — „Marschalkós Autorität" bedeutet sicherlich in dieser Frage gegenüber Unna nicht gerade viel. Man braucht durchaus nicht die Höhe der mikroskopischen Technik Unnas zu beherrschen, um eine Konkurrenz der Glycerinäther-Methode mit der rohen Säuremethode aufserhalb jeglicher Diskussion stehend zu erklären. Der Kenner der Plasmazelle wird sie bei einfacher Hämateintinktion vielleicht schon erkennen. Das schonende Verfahren ist aber sicherlich angezeigt, wenn es sich darum handelt, die Übergangszellen zu studieren. — Alte koncentrierte alkalische Methylenblaulösung ist übrigens nicht identisch mit Unnas polychromer Methylenblaulösung Grübler. — Referent möchte hier einschalten, dafs er vielfach dem Irrtum begegnet ist, dafs die Glycerinäthermischung aus Glycerin und Äther besteht; es handelt sich um die Mischung der einzelnen Destillationsprodukte des Äthers des Glycerins mit Alkohol und Glycerin, wie sie von Grübler zweckmäfsig bezogen wird. — von Marschalkó wäre in seiner „sehr sorgfältigen Arbeit" vielleicht zu anderen Schlüssen gelangt, wenn er sich mehr an Unnas Vorschriften gehalten hätte. Referent möchte nur Protest einlegen gegen den Ausdruck Justis, dafs Unna seine Methode der Plasmazellendarstellung „mit dem Schein einer epochemachenden Neuerung in der histologischen Technik" umgeben habe. Vielleicht nimmt Justi davon Notiz, dafs ein Autor wie Flemming in neueren Studien über den Bau des Protoplasmas sich streng an Unnas Vorschriften hält und solches auch für zweckmäfsig befindet. Zum Schlufs möchte Referent noch auf die Stelle in Justis Arbeit hinweisen, welche lautet: „Die kollagene Substanz bildet sich nach unseren Präparaten direkt aus dem Protoplasma der Fibroblasten. Die Entstehung von Fibrillen aus der Grundsubstanz anzunehmen, haben wir keine Ursache." Zur Lösung dieses uralten Problems haben Flemming u. a allerdings mehr Mühe aufgewendet.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Über Eierstockstuberkulose, von J. Schottländer - Heidelberg. (Jena, 1897. Gustav Fischer.) Verfasser hat experimentell die Eierstockstuberkulose bei Kaninchen verfolgt. Aufserhalb des Rahmens dieser Zeitschrift liegt es, die Einzelheiten der fleifsigen Arbeit wiederzugeben und über den Anteil zu berichten, welchen die einzelnen Zellarten des Ovariums an dem Aufbau der tuberkulösen Veränderungen haben. Dagegen verlohnt es sich, über die Anschauungen zu referieren, welche Verfasser sich über die Unnaschen Plasmazellen gebildet hat, und deren Beziehungen zu den sogenannten Epitheloidzellen. Letztere stammen nach S. teils von histiogenen, teils von echten Wanderzellen ab und entstehen aus diesen durch einen Degenerationsvorgang. Unter den hämatogenen Wanderzellen, vornehmlich den Lymphocyten, aber auch den übrigen Leukocyten, erfahren viele, bevor sie zu Epitheloidzellen werden, eine Modifikation, welche es ermöglicht, die auch anderweit ziemlich sicher festzustellende Beteiligung der Leukocyten an der Bildung der Epitheloidzellen zu erkennen. Diese Modifikation hat dazu geführt, eine besondere Zellenkategorie als Plasmazellen von den übrigen völlig abzusondern, jedoch vermutlich mit Unrecht deshalb, weil die Plasmazellen, obwohl sie zum gröfseren Teil beinahe mit Sicherheit von Leukocyten abgeleitet werden können, bisweilen von den schon längst bekannten histiogenen jüngeren Granulationszellen mit dunkel gefärbtem Protoplasma nicht unterschieden werden können. Es geht daraus hervor, dafs ein prinzipieller Unterschied zwischen

histiogenen und hämatogenen Wanderzellen nicht besteht, dafs beide in gleicher Weise progressiver Umwandlung fähig sind, eine Anschauung, die auch mit der theoretischen Überlegung übereinstimmt und durch verschiedene Beobachtungen anderer Art gestützt wird. — Referent will nur hervorheben, 1. dafs S. „bisher in Gefäfsen typisch ausgebildete Exemplare (Plasmazellen, Ref.) nicht gesehen hat.“ 2. Dafs die ursprüngliche Färbemethode Unnas (pol. Methylenblau-Glycerinäther) nach S. keine spezifische ist und dafs S. „ohne diese Methode überhaupt zu kennen,“ mit anderen Methoden Plasmazellen dargestellt hat. 3. Dafs S. Alkoholhärtung überhaupt nicht benutzt hat. Unna hat seine Befunde nur an menschlicher Haut erhoben. — Schottländer überträgt seine an Kaninchenovarien gemachten Schlüsse ohne weiteres auf die Pathologie des Menschen. S. hat sicherlich Plasmazellen vor sich gehabt. Unbegreiflich bleibt Referent aber, warum die technischen Sätze Unnas einfach ignoriert bleiben. Und welche biologischen Probleme harren noch der Lösung bezüglich der Plasmazellen! Warum vermifst man sie oder findet sie nur ganz vereinzelt und weniger scharf ausgebildet in kindlicher Haut?

Ernst Delbanco-Hamburg.

Blastomyceten und hyaline Degeneration. (Aus Unnas Laboratorium.) Von Marion Pelagatti-Parma. (*Virch. Arch.* Bd. 150. Heft 2.) Verfasser hat Schnitte durch Blastomycetenkulturen und die in pathologischen Geweben gefundenen und vielfach für Blastomyceten gehaltenen Gebilde nach den gleichen Methoden behandelt. Zur Untersuchung gelangten Carcinom der Fufssohle, Rhinosklerom des Gaumens, Epitheliom der Oberlippe, Aknekeloid des Nackens, Skrophuloderma des Nackens, hypertrophische Condylomata acuminata der Vulva. Verfasser kommt zu folgenden wichtigen Schlüssen: 1. Die in Carcinomen vorkommenden kugligen Gebilde sind keine Blastomyceten, sondern das Produkt einer Zelldegeneration. 2. Diese Degeneration ist die hyaline Degeneration. 3. In den von mir untersuchten Objekten kommen die hyalinen Kugeln als Umwandlung einer speziellen Art von Bindegewebszellen vor, nämlich der Plasmazellen. — Die Einzelheiten der wertvollen Arbeit müssen im Original eingesehen werden. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Über Amyloiddegeneration des Fettgewebes, von R. Kumm. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1897. No. 23.) Das Fettgewebe degenerirt nur selten amyloid und dann auch nur in geringem Umfange und bei starker Degeneration der übrigen Organe! Interessant ist eine Beobachtung von E. Neumann, der bei einem an Phthise gestorbenen Manne hochgradige amyloide Degeneration des subcutanen Fettgewebes fand, während die zu Amyloid disponierten Organe nur mikroskopisch einen leisen Beginn der Degeneration aufwiesen. Im Fettgewebe waren die kleinsten Arterien, die die Fettzellen umspinnenden Kapillaren und auch die verbreiterten Fettzellenmembranen hochgradig degeneriert. — Einen Fall von Phthise mit hochgradiger Degeneration des Fettgewebes an Herz und Niere beobachtete Verfasser. An derselben nahmen nur die Membranen der Fettzellen teil; Kern und Protoplasma waren frei. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Vorhandensein der Russelschen Körperchen bei einigen Dermatosen, von U. Mantegazza. (*Sett. med. d. Sperimentale.* 1897. No. 10.) Verfasser hat die genannten Gebilde beim Keloid, beim Rhinosklerom und bei der Elephantiasis gefunden und zwar vorzüglich in den vorgeschrittenen Stadien. Dieser Umstand verbunden mit der Thatsache, dafs diese so verschiedenen Affektionen denselben Parasiten aufweisen, dafs ferner der spezifische Mikroorganismus des Rhinoskleroms längst bekannt, dafs man keine direkten Kulturen, welche die genannten Blastomyceten

enthalten, gewinnen kann, und endlich, daſs neben den typischen Russelschen Körperchen noch unregelmäſsig geformte, länglich rechteckige Gebilde vorkommen, machen die parasitäre Natur dieser Körperchen zum mindesten zweifelhaft. Ob es sich aber um die Produkte einer noch nicht beschriebenen Zelldegenerationsform oder um Se- resp. Exkretionen in den Krebszellen (Galeotti) handelt, lasse sich vorläufig noch nicht mit Sicherheit behaupten. *C. Müller-Genf.*

Histologische Untersuchungen über die Einheilung von Pfropfungen nach Thiersch und Krause, von Enderlen. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. XLV.) An einer groſsen Reihe excidierter Hautstücke aus Teilen, die mit Pfropfungen behandelt waren, hat Verfasser eingehende Studien über die histologischen Veränderungen gemacht. Aus der inhaltreichen Arbeit können hier nur die Endergebnisse Platz finden. Bei dem Verfahren nach Thiersch konnte folgendes festgestellt werden: Der gröſste Teil der übertragenen Läppchen geht zu Grunde. Am raschesten regeneriert sich das Epithel. — Die subepitheliale Schicht ist als Narbe zu betrachten, hervorgegangen aus dem vom Mutterboden aufschieſsenden Granulationsgewebe. — Die elastischen Fasern gehen sehr langsam zu Grunde; es tritt erst spät eine Regeneration derselben ein. — Die neuen Fasern gehen vorwiegend von den alten der Umgebung aus; von den Resten der elastischen Fasern in der Pfropfung können ebenfalls neue Fasern hervorgehen, doch sehr spärlich. — Nach $^3/_4$—$1^1/_2$ Jahren kann die Pfropfung wieder reichlich mit elastischen Fasern versorgt sein; die Verteilung und Anordnung ist allerdings nicht so regelmäſsig, wie in der normalen Haut. Für die Praxis ergiebt sich, daſs man an die Leistungen der Pfropfung nicht zu früh hohe Ansprüche stellen darf. — Das Studium der Vorgänge nach der Transplantation ungestielter Lappen nach Krause führte zu folgenden Beobachtungen: Das Epithel geht zu Grunde, die Regenerierung geht von der Umgebung, von der Basalschicht und von den Schweiſsdrüsen aus. — Auch die Cutis bleibt nicht erhalten, es findet aber eine schnelle Neubildung statt, die sich den alten Formen so anpaſst, daſs sogar die Papillen erhalten bleiben. — Die Gefäſse werden durch neue ersetzt, indem aus den angeschnittenen Gefäſsen des Mutterbodens das Endothel in die Lumina der Gefäſse der Pfropfung hineinwuchert. — Die elastischen Fasern gehen unter, nach 33 Tagen sind noch keine neuen gebildet. — Die Schweiſsdrüsen bleiben groſsenteils erhalten. — Das Anheilen der Lappen hängt von der möglichst raschen und innigen Verbindung derselben mit dem Mutterboden ab, die durch Fibrinverklebung zu stande kommt. — Schöne Abbildungen erläutern die Befunde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Transplantation von weiſser Haut auf einen Defekt in schwarzer Haut und umgekehrt am Ohr des Meerschweinchens, von Leo Loeb. (*Arch. f. Entwickelungsmechanik d. Organismen*, VI. Bd., 1. Heft.) Die Resultate der fleiſsigen experimentellen und mikroskopischen Arbeit sind: 1. Bei der Regeneration von pigmentiertem Epithel ist der Verlauf der Pigmentierung ein typischer. Transplantiert man pigmentierte Haut auf ein weiſses Ohr, so treten in dem Pigmentgehalt dieses transplantierten Stückes ganz entsprechende Veränderungen auf. 2. Bereits angewachsene Hautteile lösen sich in bestimmten Fällen wieder los von dem Boden, auf den sie gepfropft waren. 3. Es besteht ein Unterschied in dem Verhalten von pigmentierter und unpigmentierter Haut nach der Transplantation insofern, als pigmentierte Haut auf dem fremden Boden erhalten bleibt, weiſse Haut aber nicht. 4. Es ist möglich, durch Regeneration an die Stelle eines Gewebes ein davon verschiedenes treten zu lassen. 5. Es kann eine Einwanderung von Zellen von epithelialem Charakter in benachbartes Epithel stattfinden und eine Epithelart durch eine differente auf diese Weise substituiert werden. Nicht nur totes, sondern sogar lebendes trans-

plantiertes Gewebe wird in gewissen Fällen von dem angrenzenden autochthonen Epithel durchzogen und durch dasselbe ersetzt. 6. Das Hautpigment bedarf zu seiner Bildung weder der Thätigkeit anderer Zellen als solcher, die im erwachsenen Tiere dauernd im Epithel liegen, noch der Zufuhr von anderen Stoffen als die, welche schon in der unpigmentierten Haut den Epithelzellen zugeführt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über blutkörperchenagglutinierende Eiweifse, von Prof. Dr. Elfstrand. (*Koberts Görbersdorfer Veröffentlichungen.* 1898. I.) Wir erfahren, dafs die Krotonsamen aufser der Krotonölsäure oder Krotonharz nicht dialysierbare Extrakte, zwei giftige Eiweifskörper (ein Globulin und ein Albumin) enthalten, welche sich beim Erhitzen wie Fermente verhalten. Auf defibriniertes Blut von Menschen, Hühnern, Ratten und Hunden wirkt dieses „Krotin" nicht ein. Auf Schafsblut werden die roten Blutzellen zu Klümpchen verklebt, desgleichen auf Schweineblut selbst in einer Verdünnung von 1 : 160000. Auf Kaninchenblut wirkt das Krotin auflösend auf die roten Blutzellen, das Oxyhämoglobin wird in Hämoglobin verwandelt. Die einzige Wirkung auf Menschenblut besteht darin, dafs die roten Blutzellen ihre Farbe verlieren und das Blut früher venös wird als bei Abwesenheit des Giftes. Nicht defibriniertes Kaninchenblut bewirkt mit Krotin Zusammenkleben der roten Blutzellen. Blutserum allein wird nicht beeinflufst. Auf die roten Blutzellen allein wirkt das Kroton etwas stärker als auf defibriniertes Blut. Die Stromata kleben zu weifsen Flocken zusammen, indem unter Vernichtung der Blutkörperchenstruktur ein schwerlöslicher sehr klebriger Eiweifskörper gebildet wird. Nicht vermag das Krotin die im Oxyhämoglobin des defibrinierten Schweineblutes befindliche Menge dissociierbaren Sauerstoffs zu vermehren oder zu vermindern, noch denselben fest zu binden. Die Anwesenheit einer gröfseren Menge O begünstigt das Entstehen der charakteristischen Wirkung des Krotins auf Schweineblutkörperchen. Antitoxisch auf Krotin wirkt das Schweineblutserum in noch höherem Grade. Kaninchenblutplasma, Plasma und Serum des Hundeblutes zerstören nicht das Krotin. Auch vermag dieses nicht, suspendierte Eiterkörperchen und lymphoide Zellen zusammenzukleben. Milch zeigt feste Koagulation mit dem Krotonextrakt. Aus der koagulierten Masse tritt ein neutrales fast farbloses Serum. Wird ein Tier mit Krotin vergiftet, so zeigt das Herz Schwächerwerden, schliefslich Aufhören seiner Kontraktionen, das Gehirn Lähmung seiner motorischen Centren. Diese Resultate sind infolge äufserst mühevoller Untersuchungen gewonnen worden. Verfasser zieht aus diesen den Schlufs, dafs das Krotin zu den ungeformten Fermenten oder Enzymen gehört, und zwar scheinen wir es mit zwei Fermenten, einem Albumin und einem Globulin, zu thun zu haben.

Leistikow-Hamburg.

Über die Veränderungen der faradocutanen Sensibilität und ihre Beziehungen zu der übrigen Sensibilität der Haut, von F. de Grazia. (*Rif. med.* 1897. No. 234—236.) Auf Grund von zahlreichen Untersuchungen betrachtet Verfasser die Sensibilität der Haut gegenüber dem faradischen Strome als eine entschieden eigenartige, welche von den übrigen Sensibilitätsverhältnissen vollständig unabhängig ist (Berührung, Wärme, Gewicht). Wie bei letzteren findet man bei der faradischen Sensibilität Hyper-, Hypo-, Para- und Anästhesien. Sie kann allein verändert sein, während alle anderen Arten unverändert geblieben, und umgekehrt.

C. Müller-Genf.

Ratschläge eines allgemeinen Praktikers für die symptomatische Behandlung von Hautkrankheiten, von Cutler. (*New York Med. Journ.* 13. März 1897.) Der sehr beherzigenswerte und auch für uns Dermatologen manches Interessante

bietende Aufsatz plaidiert vor allem für eine sorgfältige kausale innere Therapie, bespricht sodann die Grundzüge der lokalen Behandlungen und schliefst mit einer Aufzählung einiger Sachen, „die man nicht machen soll". *F. Hahn-Bremen.*

Über die Desinfektion und die desinfizierende Wirkung der menschlichen Haut, von Binaghi. (*Il Policlinico.* 1897. No. 11 u. 12.) Die Flora der menschlichen Haut im gesunden und kranken Zustande besteht aus Schizo-, Hypho- und Blastomyceten. Pathogen für Tiere sind unter diesen Pilzen viele Schizomyceten, einige Hyphomyceten, aber, soweit bekannt, keine Blastomyceten; von den letzteren haben die meisten, wenn nicht alle, ihre Lebenskraft vollständig verloren. Allgemeine Bäder mit Reiben mittelst eines groben sterilisierten Tuches bilden das praktischste Desinfektionsmittel der Hautoberfläche. Für die lokale Desinfektion zu chirurgischen Zwecken wirken Sublimat (1 %), Phenol (5 %), Kalium permangan. (1 %) am sichersten. Der chemischen Wirkung dieser Stoffe mufs eine mechanische (Aufweichen der Epidermis mit Alkalien und Entfetten mit Äther und Alkohol) vorangehen. Die menschliche Haut übt einen mikrobiciden Einfluss auf verschiedene pathogene Mikroorganismen aus. *C. Müller-Genf.*

Therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen, von Gocht. (*Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen.* Bd. I, Heft 1.) Die Röntgenstrahlen, für die Medizin wohl die wichtigste Entdeckung der Neuzeit, haben eine solche Flut von Arbeiten hervorgerufen, dafs eine Centralisierung der Forschungen in einem besonderen Journal notwendig geworden. Das vorliegende erste Heft dieses Journals enthält neben vielen Referaten eine Reihe gediegener Arbeiten, von denen nur die eine hier wiedergegeben werden soll, welche von dermatologischem Standpunkte von Interesse ist. — Gocht hat mit Röntgenstrahlen behandelt: eine Trigeminusneuralgie, zwei Mammacarcinome, sechs Fälle von Lupus, eine durch Haarwachstum hartnäckig gehinderte Heilung einer Operationswunde, einen Naevus pilosus pigmentosus. — Die Patienten wurden täglich 1/4—1/2 Stunde den Röntgenstrahlen ausgesetzt; Pausen wurden nur bei Hautreaktionen gemacht. Die zu bestrahlenden Körperstellen wurden womöglich bis auf 6 cm der Strahlenquelle genähert. Die umgebenden Hautbezirke schützten aufgelegte Bleimasken. Die Patienten safsen auf durch Glasuntersätze isolierten Stühlen. Ströme nicht unter 50 Volt. Unangenehme Nebenerscheinungen nervöser Natur kamen nicht vor. — Bei der Trigeminusneuralgie und den Mammacarcinomen wurde Schmerzstillung erreicht, die Verfasser auf Suggestion zurückführt. — Bei einem Patienten wurde eine durch Incision entstandene Hautwunde unter dem Kinn wegen des Reizes durch die Barthaare absolut nicht heilen. In 1 1/2 Monaten waren unter Bestrahlung die Haare geschwunden, die Wunde geheilt. — Ein haartragender Nävus zeigte nach 18tägiger Bestrahlung lebhafteste Entzündung, blasenförmige Abhebung der Epidermis mit starker Sekretion, Ablösung der Haare. — Von gröfstem Interesse sind die sechs Lupusfälle, von denen der erste aber wahrscheinlich ein Lucsfall ist und hier unberücksichtigt bleiben kann. — Ein Lupus exulcerans faciei bei einem 19 Jahre alten Patienten, der trotz Auskratzen und Brennen stets recidivierte, heilte unter Röntgenstrahlen mit gleichzeitiger vollkommener Entpigmentierung des von den Strahlen getroffenen Gebietes; eine heftige Hautentzündung war während der Behandlung aufgetreten. — Eine 12jährige Patientin mit Lupus exulcerans im Gesicht, am Hals und Schulter wurde geheilt, die Narbe ist fest und glatt, die Farbe der Haut nicht wie im vorigen Falle verändert. — Bei einem anderen jungen Mädchen, das ohne Ergebnis einer Tuberkulinkur wegen Lupus unterworfen war, wurde der gleiche günstige Erfolg erzielt. — Die beiden letzten Fälle scheinen auch der Heilung entgegenzugehen, sie

sind aber noch nicht abgeschlossen. — Bei der Kürze der Beobachtungszeit kann man auch in den jetzt geheilten Fällen von einer endgültigen Heilung natürlich nicht sprechen, aber auffallend gut sind die Ergebnisse zweifellos. Verfasser nimmt an, daſs durch die eintretende Entzündung eine Vernichtung der Tuberkelbacillen mit folgender Heilung stattfindet, daſs also die Röntgenstrahlen ähnlich wirken wie ein interkurrentes Erysipel. — Die Wirkung der Strahlen ist individuell sehr verschieden, bei dem einen entwickeln sich sehr schnell, beim anderen sehr langsam dermitische Prozesse. Manche, die viel mit Röntgenröhren hantieren, bekommen an der Streckseite der Hand eine derbe, glänzender, dunkler pigmentierte, trockene, rissige Haut. Einen Pigmentschwund hat Verfasser nur in dem obengenannten Lupusfall gesehen. — Bemerkenswert ist die Schmerzlosigkeit der nach Röntgenbestrahlung sich einstellenden Entzündungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Wundheilung in den amerikanischen Prairien, von A. S. Ashmead. (*Janus*, 1897, 6. Heft.) Verfasser konstatiert die rasche Heilung, auch ohne jeden antiseptischen Verband, von allen Arten von Wunden und schreibt dies der weiten Entfernung der Wohnungen von einander, der desinfizierenden Wirkung der heftigen von den kalten Regionen Montanas und Wyomings wehenden Winden und dem oxydierenden Einflusse derselben auf das Blut zu. *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Über einige neue Arten von Hämatozoen, welche in Amerika vorkommen, von P. Manson. (*Brit. med. Journ.* 25. Dezember 1897.) Schon im Jahre 1891 wies der Verfasser darauf hin, daſs die Filaria sanguinis hominis nicht der einzige Nematoden-Parasit des menschlichen Blutes sei. Die eingehende Untersuchung des Blutes westafrikanischer Neger führte zur Entdeckung zweier wohl unterschiedener Blutwürmer, die er Filaria diurna und Filaria perstans nannte, während er die gewöhnliche von Lewis entdeckte Filaria sanguinis zum Unterschiede von jenen neuen Filaria nocturna bezeichnete. Weitere Untersuchungen im Jahre 1893 und 1895 durch die Doktoren Newsam (St. Vincent), Mapleton (St. Kitts), Daniels und Ozzard (British Guiana) und den Verfasser förderten drei neue Blutwürmer zu Tage und zwar die Filaria Demarquayi, Filaria Megalhaesi und die Filaria Demerara.

C. Berliner-Aachen.

Die Hyperplasie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes, von Gustav Abeles. (*Med. Bibliothek f. prakt. Ärzte.* No. 136 bis 138. Leipzig.) Die Hyperplasie der Rachentonsille und die lymphoiden Neubildungen des Nasenrachenraumes haben in den letzten Jahrzehnten in hohem Maſse die Aufmerksamkeit der Ärzte erregt, da sie die Nasenatmung behindern und dadurch die Menschen physisch und psychisch alterieren. Der Verfasser giebt in dem vorliegenden Büchlein einen vorzüglichen Abriſs der Pathologie dieser Leiden und knüpft daran eine sehr klare und instruktive Schilderung der therapeutischen Eingriffe. Das Büchlein kann deshalb zur Orientierung jedem Arzt nur warm empfohlen werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Kleine kasuistische Beiträge zur operativen Chirurgie, von Ignaz W. Link. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 51.) 1. Eine Modifikation zur Operation

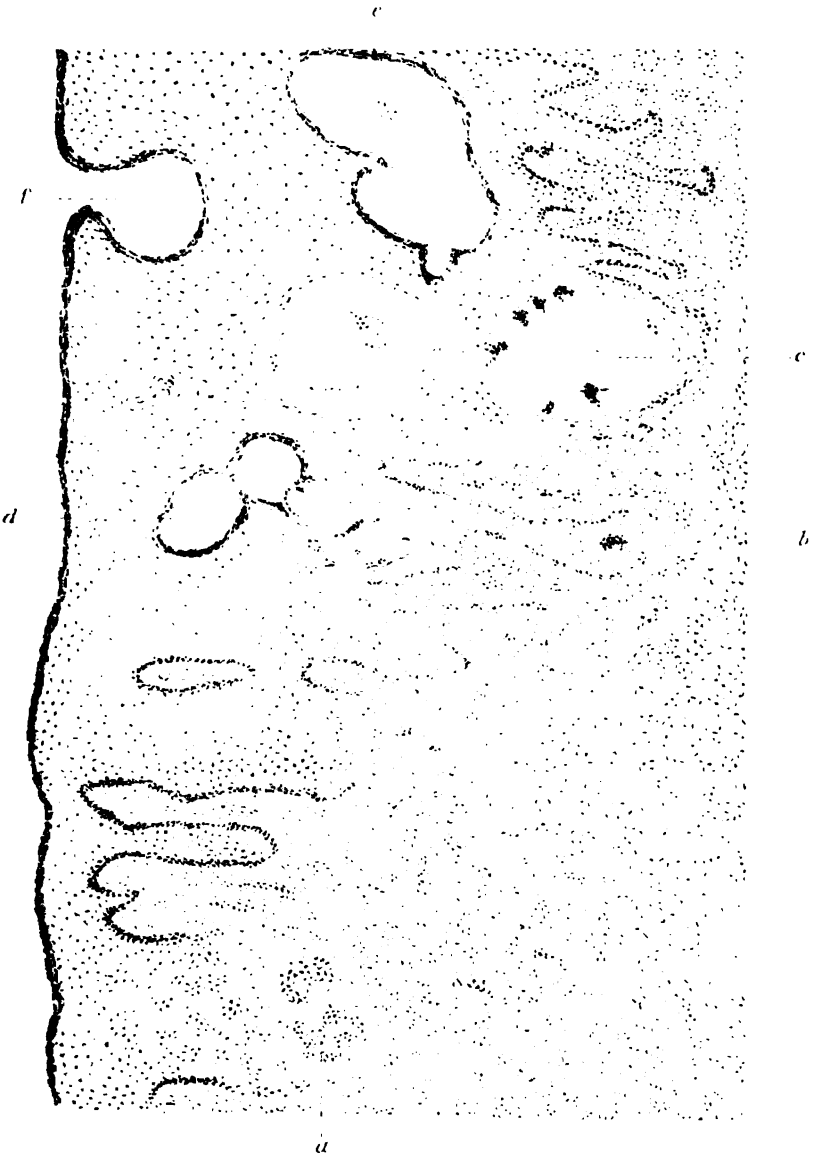
der Hypospadie hat Verfasser einmal mit gutem Erfolge ausgeführt, welche ohne Wiedergabe der Zeichnung schwer zu schildern ist. Es sei deshalb auf das Original verwiesen. 2. In einem Harnröhrendivertikel, welcher einen wallnufsgrofsen Tumor bildete, fand sich eine grofse Menge von Xanthomsteinen, die nach Incision entfernt wurden. Ein aus dem Divertikel abgeschiedenes Sekret hatte eine Blennorrhoe vorgetäuscht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zu viel und zu wenig Haar, von J. T. Jackson. (*Med. News.* 11. Juli 1896.) Das Ergebnis dieser kritischen Besprechung einer fortlaufenden Serie von 100 Fällen von Hirsuties, die erste Hälfte des Themas, ist etwa folgendes: Die behandelten Kranken waren sämtlich weiblichen Geschlechts. Die Heredität, namentlich mütterlicherseits, spielt eine nicht zu leugnende Rolle dabei, Störungen an den Genitalorganen scheinen nicht den Einfluſs darauf zu besitzen, welchen man denselben gewöhnlich zuschreibt. Die Brünetten neigen mehr zu der Affektion als die Blondinen. Frauen mit Bartwuchs scheinen etwas weniger fruchtbar zu sein als solche ohne Haare. Zwischen dem 16. und 30. Lebensjahre tritt die Anomalie am häufigsten hervor. Die Hauptprädilektionsstellen sind die Oberlippe und das Kinn. Die einzige zuverlässige Behandlungsweise ist die Elektrolyse. J. hat bis zu 13000 Haare bei einem Falle nach und nach entfernt. — Die zweite Hälfte des Aufsatzes bezieht sich auf die Alopecia praesenilis. Der Einfluſs der Heredität ist bei derselben auch nicht zu verkennen, aber in erster Linie in ätiologischer Beziehung ist die Seborrhoe, sei es die trockene oder die fettige, zu nennen. Bei Frauen kommt Haarausfall häufiger vor als bei Männern, doch ist eine Heilung viel leichter bei ersteren erreichbar. Anämie, Chlorose, Neurasthenie sind oft prädisponierende Momente, nach deren Beseitigung auch Besserung des Folgezustandes erfolgt. Die zweckmäſsigste Behandlung ist die Massage, durch geübte Masseure ausgeführt; eventuell kann der Patient selbst sich die Kopfhaut bearbeiten, indem er sie zwischen den Fingern knetet, rollt und reibt. Bei Seborrhoea oleosa ist Resorcin am Platze, eine 3—5 % Lösung in Alkohol und Wasser; bei trockener Haut empfiehlt Verfasser R.: Cera. alb. 25,0, Ol. petrolat. 150,0, Aq. rosar. 75,0, Natr. biborat. 2,25, Sulphur 25,0. S. Äuſserlich. Wo Schwefel kontraindiziert ist, R.: Hydrarg. ammon. 1,2—2,5, Hydrarg. chlor. mit. 2,5—5,0, Vaselin. 30. *Philippi-Remscheid*

Venerische Erkrankungen der Marine und ihre Verhütung, von Percy Crandall. (*Med. News.* 12. Juni 1897.) Um den schlechten Gesundheitszustand der amerikanischen Marine zu verbessern, schlägt Verfasser vor, jeden Matrosen vorläufig auf Probe einzustellen; nach der definitiven Einstellung ihm die Circumcision zu machen; jede Schiffsbesatzung alle vierzehn Tage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen; alle Leute, die an Land gehen, vor ihrem Urlaub und nach ihrer Rückkehr zu untersuchen; den Syphilitikern an Bord besonderes Geschirr zu geben; die Prostituierten zu registrieren und gesundheitspolizeilich zu überwachen.
F. Hahn-Bremen.

Irische Dermatologen, von E. B. Purdon. (*Austral. Med. Gazette.* 21. Dez. 1896.) Verfasser führt die bedeutenderen Dermatologen Irlands und ihre Verdienste um unsere Disciplin namentlich auf. Er nennt: Boate, Rutty, Frazer, Neligan, Belcher, Fraser, Smith und Purdon. *F. Hahn-Bremen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



H.Gillet del.

Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 9. 1. November 1898.

Grundzüge einer allgemeinen Ätiologie der Hautkrankheiten.

Von

Dr. Ludwig Merk in Graz.

Die Ätiologie der Hautkrankheiten stellt sich die Aufgabe, alle jene Ursachen und Umstände aufzudecken, die in ihrer Gesamtheit die Veranlassung zum Auftreten einer Krankheit in der Haut geben. Sie ist bereits ein hochgestelltes Glied in der Reihe jener Wissenschaften, deren Endziel das Kennen eines pathologisches Prozesses in seinen einzelnen Phasen vorstellt, und umfangreiche Aufklärungen sind von ihrem Wirken nur dann zu erwarten, wenn sie sich auf eine genaue Kenntnis des Baues, der Entwickelung, des Wachstumes, der Dekadenz und der Funktionen desjenigen Organes stützt, dessen Erkrankungsursachen sie aufdecken soll.

Diese Stütze bedarf — wie allgemein anerkannt — in der Dermatologie noch einer ganz ausgiebigen Kräftigung. Es verlaufen zwar die regelmäfsigen und regelwidrigen Lebensvorgänge in der Haut in einer Weise, wie sie sich von Seite eines anderen Organes in solchem Umfange unseren sämtlichen Sinnen nicht offenbaren. Indes, der Vorteil, der sich daraus ergiebt, steht in keinem Verhältnisse zu den Ergebnissen, den sie im Gefolge haben könnten.

Aus den Nieren, dem Pankreas, der Leber sehen wir das Sekret nicht so herausperlen, wie den Schweifs auf der Haut; und trotzdem hat die Lehre vom Harn, vom Pankreassaft, von der Galle jene vom Schweifse ganz bedeutend überholt. Unsere Vorstellungen über die Resorptionsvorgänge im Intestinaltrakte beruhen auf ausnehmend gut gekannten Thatsachen; die Frage der Resorption durch die Haut harrt noch einer auch nur ähnlichen Lösung.

Diese und ähnliche Lücken empfindet man kaum schwerer, als wenn man die traditionelle Ätiologie, wie sie sich als ständiges und wichtiges Kapitel in den Lehr- und Handbüchern der Pathologie der Hautkrankheiten vorfindet, einer aufmerksamen Kritik unterzieht.

Im allgemeinen findet man hier die Hautkrankheiten mit Rücksicht auf das ätiologische Moment eingeteilt in:

symptomatische, das sind Dermatonoseen, die gewissermafsen eine mehr weniger essentielle Begleiterscheinung „innerer" Krankheiten, oder zum mindesten von Erkrankungen anderweitiger Organe vorstellen, und

idiopathische, gleichsam unabhängige, selbständige Hauterkrankungen.

Es ist ja gewifs, dafs mit diesen Worten Ausdrücke geschaffen sind, die zur Charakterisierung dieser oder jener Hautkrankheiten, oder auch nur zur Charakterisierung der speziellen Formen derselben aufserordentlich dienlich sind. Sie sind aber veraltete Ausdrücke, die Ausdrücke wie „Schärfe des Blutes", „verdorbenes Blut", „arthritische", „herpetische" etc. Diathese zu Schwestern haben, für deren einen oder den anderen vielleicht eine genauere Definition schon keimt, für deren grofse Mehrzahl wir aber schlechterdings gar kein wissenschaftliches Substrat besitzen. Abgesehen davon, dafs wir viele Hautkrankheiten überhaupt weder als „idiopathisch" noch als „symptomatisch" bezeichnen können, werden beim Versuche, sie dieser oder jener Gruppe zuzuteilen, pathologische Prozesse, die die Anatomie schon längst geeint hat, stark auseinander gezerrt.

Was ist dabei gewonnen, wenn man sich dazu entschliefst, den Lupus vulgaris mit seinen verschiedensten Formen, tuberkulöse Hautgeschwüre, das Scrophuloderma, den Leichentuberkel der symptomatischen oder der idiopathischen Gruppe zuzuteilen? Allen aber ist der tuberkulöse Prozefs, die Anwesenheit von Tuberkelbacillen, das Entstehen von Riesenzellen gemeinsam, und es bleibt sich völlig gleichgültig, ob der Tuberkelbacillus vom Innern des Organismus in die Haut gedrungen ist oder von aufsen Wurzel gefafst hat. Allerdings ist das bunte Bild, von dem der tuberkulöse Prozefs in der Haut begleitet sein kann, nur zu sehr geeignet, das Einheitliche hierbei zu verschleiern, ebenso wie der reichgegliederte Bau der Haut und eine Reihe von mitlaufenden Infektionen weitere Gelegenheiten schaffen, das rein Anthologische äufserst mannigfach zu gestalten. Aber unter gleichen Umständen mufs die gleiche Ursache die gleiche Wirkung haben. Das ist ein Satz, der nicht nur in der Biologie, sondern so weit die Wissenschaft überhaupt reicht, zu fest steht, als dafs man berechtigt wäre, in dem Bemühen zu erlahmen, einerseits über dem Betrachten der Effloreszenztypen den Krankheitsprozefs vor allem im Auge zu behalten, und andererseits umgekehrt, bei scheinbar „verschiedener" Ursache für das Auftreten gleichartiger Effloreszenztypen, das Einheitliche und Gemeinsame dieser Reize aufzufinden.

Namentlich in letzterem Bestreben stöfst man auf anscheinend unüberwindliche Hindernisse, besonders wenn man homomorphe erythematöse, pruriginöse, urticarielle, ekzematöse Prozesse auf die verschiedensten

Ursachen hin auftreten sieht. Für alle diese Gruppen scheint überdies das Vorhandensein „symptomatischen“ Ursprunges ganz aufser Zweifel. Um aus ihnen nur ein Beispiel einstweilen zu besprechen, möge die Aufmerksamkeit dem ekzematösen Prozesse zugewendet sein. Unzähligemale sehen wir ihn durch „äufsere“ Einflüsse veranlafst, und es giebt Fälle, für die das Quantum der schädlichen Substanz ein so unendlich kleines sein kann, dafs es schon ans Unfafsbare grenzt. So weifs ich von einem Arzte, der das heftigste Jodoformekzem bekam, wenn er auch in der letzten Bank des Operationssaales irgend einer Manipulation mit Jodoform beiwohnte.

Ist es nicht äufserst verlockend, diese Thatsache einer kaum wägbaren Noxe auch zur Erklärung „symptomatischer“ Ekzeme heranzuziehen? Ist es nicht leicht denkbar, dafs bei akuten und chronischen Magen- und Darmkatarrhen, bei abnormen krankhaften Funktionen anderer Organe, wie Niere und Leber, Stoffe auftreten, die in den Sekreten oder sonst in der Haut wieder erscheinen und dort dieselbe direkt reizen?

Ähnliche Gedanken entwickeln sich, wenn man Arzneiexantheme, Urticaria nach dem Genusse gewisser Speisen auftreten sieht.

Sind Extrakte von Krebsscheren, Antipyrinlösungen oder ihre im Organismus möglichen Spaltprodukte, beispielsweise kataphoretisch der Haut beigebracht, dieser bei solchen Individuen vollkommen indifferent?

Nur zu oft findet man das Auftreten derartiger Symptome durch das Dazwischengreifen des Nervenapparates erklärt. Es zeigt indes eine genaue Kritik, dafs kaum ein ätiologisches Moment so mifsverstanden ist wie dieses.

Die Versuchung, „Nerveneinflüsse“, „reflektorische Erregung von Gefäfsbezirken“, „trophoneurotische“, „angioneurotische“ Vorgänge zur Erklärung sonst unverständlicher pathologischer Prozesse heranzuziehen, ist in der That für den Dermatologen eine sehr grofse.

Zunächst weifs man ja, dafs die Epidermis und das Centralnervensystem einer gemeinsamen Anlage entspringen; dafs die Haut als Sinnesorgan namentlich in den oberflächlichen Teilen der Cutis, sowie in der Epidermis selbst in ganz erheblicher Weise mit Nervengeflechten ausgestattet ist; dafs dieses Netz in der ganzen Haut durch zahllose Anastomosen ein gewissermafsen kontinuierliches ist. Die Möglichkeit der Annahme eines durch die Haut selbst oberflächlich fortgeleiteten Reizes ist also gegeben.

Wenn nun beispielsweise eine Person nach Anwendung grauer Salbe in der Schamhautgegend ein Ekzem bekommt und sich dasselbe „sprunghaft“ dem Gesichte, der Ohrmuschel, den Armen mitteilt, so pflegt man in einer „reflektorischen Erregung der Nerven“ und in einem auf diesem Wege hervorgerufenen „reflektorischen Ekzeme“ die Erklärung zu suchen.

Sie ist aber nicht die einzig mögliche. Erinnert man sich an den erwähnten Fall von Jodoformekzem, bei welchem so minimalste Mengen derart furibunde Erscheinungen hervorriefen, und bedenkt man, wohin überall die Hände greifen, nachdem und während sich eine Person einschmiert, und wo man sich überall besudelt, wenn man derartig besalbt im Bette liegt, so wird man in der Annahme einer „reflektorischen Erregung" schwankend gemacht. Warum erregen denn Gesichtsekzeme keine „reflektorischen" Schamhautekzeme, abgesehen davon, dafs im ganzen Charakter eines derartigen Vorganges das Wesen eines Reflexes fehlt.

Man könnte hierbei höchstens an eine Art reflektorischer Mitthätigkeit denken, etwa wie die Pupille auch an jenem Auge reagiert, das der Lichtwirkung nicht ausgesetzt wurde. Wie könnte aber so eine Krankheit entstehen?

Aufserdem kommen häufig akute Ekzeme zur Beobachtung, bei denen sonst unwirksame Reize, wenn man die Therapie im besten Gange glaubt, ganz erhebliche Wiederausbrüche zur Folge haben. Mit unwiderstehlicher Macht würde man in solchen Fällen nach einer „trophoneurotischen" Ursache als Erklärung getrieben, wenn man sich nicht klar vor Augen halten würde, dafs uns die Physiologie absolut keinerlei Behelf an die Hand giebt, aus dem hervorgehen könnte, dafs, „trophoneurotische" Fasern zugegeben, in der That auf diesem Wege ein solcher Symptomenkomplex wie eine ekzematöse Erkrankung hervorgerufen werden kann.

In solchen merkwürdigen Ekzemausbrüchen, scheinbar fern von dem Orte ihrer Veranlassung, oder zum mindesten von gleicher Heftigkeit wie an dem Orte ihrer stärksten Veranlassung, dürfte bei genauerem Überlegen wohl ein Beispiel eines an der Haut und auch sonst im allgemeinen zu beobachtenden pathologischen Phänomens liegen, das ist: *Die Antwort, der Reflex, der wirkliche Reflex im physiologischen Sinne des Wortes, steht in keinem Verhältnisse zur Stärke, beziehentlich zur Schwäche des ursächlichen Reizes.*

Durch nichts erfährt diese Frage eine bessere Beleuchtung, als wenn man sich die Mühe nimmt, zu untersuchen, welche Reflexe in der Haut bekannt sind und welchen Alterationen dieselben unterworfen sind.

Die einzigen bekannten Reflexe, die an der Haut zur Auslösung kommen, sei es, dafs der Reiz wieder an der Haut oder auch sonst wo an der Peripherie einsetzt, sind:

1. Vasomotorische Phänomene. Sie sind ihrem Wesen nach Alterationen im Gefäfsquerschnitte und daher in der Füllung der Haut mit Blut, beziehentlich mit dem Strome jener Flüssigkeiten, die den Flufs in den Gefäfsen begleiten. Vom Individuum werden sie als Kälte oder Wärme empfunden. Zur Erklärung des Zustandekommens dieser Phänomene ist die Annahme von Vasodilatatoren nicht notwendig. Ist die Vehe-

mens im Auftreten eine sehr grofse, so dafs die Aufsaugung dem Überschiefsen der Flüssigkeiten nicht Schritt halten kann, so kann, wenn hierbei die oberflächlichsten Schichten getroffen sind, Blasenbildung die Folge sein; wenn hingegen das Phänomen sich tiefer abspielt, das Gebilde einer Quaddel sichtbar werden.

2. Kontraktionen in den Arrectores. Das bekannte Bild, das durch sie an der Haut entsteht, die Gänsehaut, bedarf noch eines eingehenden Studiums. Einstweilen sei darauf hingewiesen, dafs sich seine Dynamik vom Auftreten einer lokalen Gänsehaut, dem Befallensein ganzer Körperteile oder nur der Streckseiten, bis zum „Sträuben der Haare" ausdehnen kann, und dafs es ferner meist von dem zuvor genannten Phänomen begleitet ist, aber auch ganz selbständig verlaufen dürfte.

3. Kontraktionen in anderweitigen glatten Muskeln der Cutis, soweit sie nicht den Gefäfsen angehören. Das Bild, unter dem sie sich am auffälligsten äufsern, ist die Runzelung in der Haut des Hodensackes. Auch dieser Reflex entbehrt noch vertiefter Kenntnis.

4a. Im engen Anschlusse hieran die Sekretion in den Schweifsdrüsen und verwandten Gebilden mit einer dankenswerten Fülle gut gekannter Thatsachen, und endlich könnten

4b. die Talgdrüsen und verwandte Gebilde gleichfalls der Sitz reflektorischer Vorgänge sein.

Andere erwiesene echte reflektorische Antworten der Haut selbst auf Reize, die in der Haut oder an anderen Körperstellen einsetzen, dürften dermalen noch unbekannt sein.

Eine fünfte Art von reflektorischem Vorgang in der Haut könnte möglicherweise einmal in den Pigmentzellen der Haut gefunden werden. Die Thatsache, dafs sich Pigmentzellen überhaupt kontrahieren können, dafs ferner bei Cephalopoden, aber auch bei Amphibien und Reptilien derartige Vorgänge bekannt sind, könnten allenfalls auch für die Pathologie der Haut des Menschen analoge Vorgänge erwarten lassen. Es soll indes über diesen Punkt noch weiter unten die Rede sein.

Weit mannigfacher und auch viel mehr gewürdigt sind die Reflexe, die von der Haut aus in anderen Organen und Organgruppen ausgelöst werden. Sie alle aufzuzählen, würde den Rahmen vorliegender Studie überschreiten. Die Hydrotherapie benützt viele derselben für ihre Zwecke. Eine Gruppe von ihnen, der Plantar-, der Glutaeal-, der Cremasteren-, der Bauchdeckenreflex etc. finden eine oft geübte Verwendung in der Diagnostik von Rückenmarkskrankheiten. Zu einer anderen Gruppe gehören die respiratorischen Reflexe, wenn der Reiz in der Haut einsetzt, wie: tiefe Inspiration nach plötzlichem Begiefsen mit kaltem Wasser, Lachen beim Kitzeln; oder andere, wie: Muskelzittern bei Kälte u. s. w.

Von grofser Tragweite für diese Betrachtung ist der Kratzreflex, der durch den Juckreiz hervorgerufen wieder selbst zur Erregung vasomotori-

scher Phänomene führen kann. Auch von ihm soll weiter unten die Rede sein.

Viel dürftiger bekannt sind jene Organe oder Nerven, deren Erregung umgekehrt zu einem Reflexe in der Haut führt. Man spricht wohl von einer „reflektorischen Erregung der Haut von der Magen- oder Darmschleimhaut oder anderen Organen aus“ und erklärt so das Auftreten von Urticaria, aber auch weiter von Ekzemen und Pruritus, und man überschreitet hiermit nicht nur die Vorstellung vom Charakter eines Reflexes an und für sich, sondern auch die Zahl der wirklich bekannten vier — oder wenn man will, fünf — Arten von Reflexen.

Die häufigste Inanspruchnahme dürfte wohl die erste und vierte Gruppe erfahren. Ihr Auftreten bringt eine beträchtliche Menge von kleineren oder gröfseren Modifikationen, zunächst in den physikalischen Eigenschaften der Haut, und kann so mit die Veranlassung zur gröfseren oder geringeren Empfindlichkeit wirklich krank machenden Einflüssen gegenüber werden.

Diese Reflexe genügen vollständig, um das Entstehen aller „trophoneurotischen Dermatosen“, oder wie immer man sie nennen mag, zu erklären, soweit ihre Ursache nicht schon in einem angedeuteten Momente (Satz vom unscheinbaren Reizquantum) oder in selbständigen Gefäfserkrankungen liegt. Sie sind, was ihre allgemeinen Eigenschaften anlangt, ganz denselben Gesetzen unterworfen, die für die Eigenschaften anderer Reflexe, wie Pupillar-, Patellarreflex gelten, und das Studium dieser Eigenschaften im Lichte der Dermatologie giebt der Frage eine willkommene und wissenschaftliche Stütze.

Von solchen bezüglichen Reflexeigenschaften interessieren uns zuvörderst folgende Thatsachen.

1. Es giebt Zustände, die den Ablauf eines Reflexes verzögern, ja ganz hemmen und umgekehrt ganz erheblich verstärken können. So ist es aus vielen Gründen denkbar, dafs bei jenem allerdings noch nicht aufgeklärten Symptomenkomplex, der als Hysterie bezeichnet wird, bestimmte Reflexe, darunter auch jene in der Haut, beträchtlich erhöht werden. Die Individuen, die als „personnes autographiques“ bekannt sind, werden darauf zu prüfen sein, ob und durch welche Umstände, sei es die allgemeine oder nur die cutane Reflexerregbarkeit, und welche Gruppe erhöht ist, oder ob die Wege, auf denen der Hautsaft abfliefsen sollte, verengt sind.

Solche Zustände sind a) *allgemeine psychische Einflüsse.*

Ich kenne z. B. eine Person, deren Plantarreflex unter gewöhnlichen Umständen von ganz gewöhnlicher Stärke ist. Wohnt dieselbe aber beispielsweise im Theater stehend einer Reihe aufregender Scenen bei, so genügt es, mit dem Stocke ganz leise neben dem Fufse auf den Holzboden zu klopfen, um sogar die Beugemuskeln des Oberschenkels zur Kontraktur und das Knie zum Einknicken zu bringen. Man vergleiche den schlottrigen Gang zu Tode Erschreckter.

Der Anblick eines Krätzigen kann die Reflexerregbarkeit so steigern, daſs Juckreize, die vorher nicht empfunden werden, bis zur Kratzbewegung führen können.

b) Die bis zu einem bestimmten Grade *häufige Wiederholung* des Reizes, bevor wieder Ruhe eintritt, kann den Reflex stärker und schneller auslösen.

Z. B. einmaliges Berühren des Gaumens braucht noch keine Brechbewegung zur Folge zu haben. Wiederholt man aber den Reiz, so kann schlieſslich Erbrechen eintreten.

Ein einmaliges leichtes Reiben der Haut wird eine kaum wahrnehmbare Verfärbung hervorrufen. Reibt ein enger Schuh während des Marsches, so kann es bis zur Blasenbildung kommen.

Diesem Zustande nahe verwandt ist: c) Ein Reflex kann stärker werden, wenn das den Reiz *percipierende Organ* in einer bestimmten Weise *erkrankt*, i. e. schon gereizt ist.

Z. B. chronischer Rachenkatarrh bei Rauchern, Säufern erhöht die Empfindlichkeit des Würgereflexes. Das geringste Plus von Reiz, ein einfaches längeres Offenhalten des Mundes führt zum Erbrechen (ähnlich der Vomitus matutinus). Oder: Lichtscheu bei gewissen Conjunctivitiden; Niesen beim Schnupfen etc.

Ist eine Haut eine Zeit hindurch an akutem Ekzem erkrankt, so kann auf diese Weise ihre Erregbarkeit so erhöht werden, daſs ein geringstes, sonst unwirksames Reizquantum genügt, den Kratzreflex auszulösen oder eine energische Auslösung ganz bedeutender vasomotorischer Fluktuationen — nicht aber die Krankheit selbst — herbeizuführen.

d) Tritt, nachdem der Reiz zum Reflex geführt hatte, völlige Ruhe ein, und wiederholt sich nun der Reiz, so kann der Reflex schwächer werden, Zustände, die populär als *Abhärtung und Gewöhnung* bezeichnet werden.

Z. B. ein Individuum, das seines starken Würgreflexes wegen nicht laryngoskopiert werden kann, wird durch rationelle Wiederholung des Versuches unempfindlicher.

Bei Säuglingen und Kindern der ersten Lebensjahre werden derartige Reflexe ungemein leicht angesprochen. In dieser Beziehung erinnere ich nur an den Reflex, der vom Olfactorius, sowie vom Glossopharyngeus ausgeübt wird und sich in einem „Sichschütteln bei neuen Geruchs- und Geschmackseindrücken“ äuſsert, und der beim Erwachsenen kaum mehr wieder auftritt. Ähnlich verhält es sich mit dem Lachreflex auf das Kitzeln hin; und die anfängliche Röte einer „neu“ gebildeten Haut nach Abnahme eines Verbandes etc. bilden hierfür gute Belege.

2. Weiters kann die reflektorische Aktion gestört sein, wenn der Weg alteriert ist, den der Reiz zum Centrum durchwandert, wenn das Centrum, in dem die Umsetzung erfolgt, krank geworden ist (meningeale und cerebrale Erkrankungen), ferner wenn die Bahn regelwidrige Verhältnisse auf-

weist, auf der der Reiz wieder peripherwärts schreitet, und endlich, wenn der Endapparat modifiziert ist, in welchem die reflektorische Aktion zur Ausführung kommen soll.

Man weifs nun auf Grund anatomischer Verhältnisse, dafs diese angeführten reflektorischen Vorgänge unabhängig vom Centralnervensystem verlaufen können. Die Anatomie lehrt uns aber zweitens, dafs eine weitere Kategorie dieser Gesamtbahnen bis ins Centralnervensystem selbst zurückreicht, und dafs sohin der Ort, wo der Reiz sonst primär in der Haut einsetzt, dann nicht die Haut selbst zu sein braucht.

In diese wenigen Sätze löst sich, wie wir später noch genauer sehen werden, der übergröfste Teil sämtlicher ätiologischen Momente auf, die zu ihrer Erklärung in das Gebiet der Neurologie reichen. Spielt nur der eine oder der andere Apparat, so werden die Vorgänge auf der einen Seite klarer und übersehbar, interkurrieren aber von mehreren Wegen — wie das zumeist der Fall ist — gleichzeitige Komplikationen, so werden die Vorgänge auf der anderen Seite dunkel und nur vermutlich.

Welche sind nun die „elementaren" Reize, die zu diesen Reflexvorgängen Veranlassung geben können?

Soweit die bezüglichen Verhältnisse bei dem heutigen Stande unserer Anschauungen überblickt werden können, teilen sie sich in:

1. *Psychische Reize*, — z. B. Angstvorstellung — Gefäfsdilatation, Wärmegefühl, Schweifssekretion; Ekel — Kontraktion der Gefäfse, Kältegefühl, Gänsehaut.

Ferner eine Gruppe *physikalischer Reize* und zwar:

2. *Mechanische Reize*, ohne indes in der Haut zu einer Verletzung zu führen, — z. B. Streichen über die Haut — Kontraktion und nachträgliche Dilatation der oberflächlichen Gefäfse.

3. *Thermische Reize*, — z. B. Kälte — Gänsehaut, Kontraktion der oberflächlichen Gefäfse, Aufhören der Schweifssekretion.

4. *Andere physikalische Reize*, zum Teil noch ungenügend durchforscht, wie: Röntgenstrahlen, elektrische, osmotische, dialytische und atmosphärische Reize. Vielleicht auch selbst Lichtreize.

Daran schlössen sich *chemische Reize, die selbst toxischen Charakter* annehmen können, wie:

5. Chemische Reize, *die nicht in der Haut einsetzen*, — z. B.[1] Glossopharyngeus, durch Essig erregt — Schweifsausbruch im Gesichte. Olfactorius bei Kindern, durch Nikotin erregt — Kontraktion der Hautgefäfse (individuell verschieden lokalisiert), daher Kältegefühl und Sich schütteln. Stoffwechselprodukte der Intermittensparasiten im Blute — energische

[1] Das Unfertige in der Erledigung dieser Fragen macht diese Beispiele zwar problematisch, aber deshalb noch immer nicht unwahrscheinlich. Das gilt namentlich von der Wirkung bakterieller Stoffwechselprodukte.

Kontraktion sämtlicher Hautgefäfse bis zum Blafswerden und daher Frostgefühl trotz hoher Körpertemperatur.

6. Chemische Reize, *die in der Haut einsetzen* und auch dort beantwortet werden, — z. B. Pulex irritans — Fluktuation in den Gefäfsen, die sich bis zur Quaddelbildung steigern kann. Pilokarpininjektion in die eben amputierte Katzenpfote — Schweifssekretion daselbst. Alterierte Hautsekrete nach Krebsgenufs (?) — Urticaria.

7. Chemische Reize, *von Mikroorganismen ausgehend.*

Auch hier erfahren die reflektorischen Vorgänge erhebliche Komplikationen, wenn, wie das zumeist der Fall ist, mehrere elementare Reize zusammenwirken.

Für die Ätiologie in diesem Gebiete ist es eigentlich wohl unentbehrlich zu wissen, welche Momente zum Auftreten des Juckreizes in der Haut und sohin zur Auslösung des Kratzeffektes führen könnten und worin das eigentliche Wesen des Juckreizes liegt. Wenn man auch an eine befriedigende Antwort derzeit noch nicht denken kann, so ist doch andererseits die Verwandtschaft von Schmerz und Juckreiz auf der Hand liegend. Der Juckreiz stellt den gelindesten Grad von Schmerz dar, und alle Gesetze, die wir vom Schmerze wissen, gelten auch für den Juckreiz. So z. B. das Gesetz der Ausstrahlung, das gelegentliche Unvermögen zu lokalisieren, das Gesetz der peripheren Projektion u. s. w. Wenn auch im grofsen Ganzen Schmerzen durch einige der aufgezählten Gruppen von Reizen erregt, mithin auch Juckreize durch sie direkt erzeugt werden können, so tritt hier als weitere, achte, Gruppe eine in der Haut oder in einem ihr nahe gelegenen Organe bereits aufgetretene rein reflektorische oder rein krankhafte Veränderung, z. B. Quaddel — oder ein entzündlicher Vorgang hinzu. In dieser Beziehung reiht sich der Juckreiz nicht mehr adäquat den angeführten Reizarten an, er steht schon in sekundärer Linie und kann selbst schon eine Folge der reflektorischen Beantwortung dieser Reize sein.

Wir sehen sohin und es wird sich noch weiter zeigen, dafs alle „neurotischen", „nervös reflektorischen", „trophoneurotischen" Vorgänge, die sich in der Haut angeblich abspielen sollen, sich nur im Rahmen der angeführten wahren Reflexe halten können. Die Physiologie giebt uns eben keinerlei Handhabe durch Heranziehung rein reflektorischer Hautthätigkeit, und sei es selbst durch eine Übererregung derselben, entzündliche Vorgänge zu erklären.

Es bleiben nun aber trotzdem eine ganze Reihe von Störungen im Leben der Haut übrig, die das Vorhandensein trophisch-nervöser Apparate zu beweisen, oder für die sich schlechterdings andere ursächliche Momente nicht zu erübrigen scheinen.

Wollen wir solche Fälle näher untersuchen!

1. Dies wären z. B. solche Störungen, die auftreten, wenn thatsächlich die Nerven, in deren Bereich die Störung auftritt, pathologisch verändert sind.

So also auf dem Gebiete des Pigmentlebens: Experimentell hervorgerufene Zerstörung von Hirn, Rückenmark oder Hautnerven des Frosches und daraufhin das rasche Absterben von Pigmentzellen in der Haut der verletzten Seite.

Oder: Albinismus, der seinen „nervösen Ursprung" auch dadurch „kund giebt", dafs er nach „heftigen Gemütserschütterungen", bei anderen „Nervenaffektionen" (Tabes) und „besonders gerne symmetrisch" auftritt.

Zunächst das erste Beispiel. Ein Experiment oder ein ihm gleichwertiger Vorgang am lebenden Organismus wird um so wertvoller, je einfachere und durchsichtigere Bedingungen darin gestellt sind. Hierin hat das erste Beispiel einen grofsen Vorzug vor dem zweiten Typus. Allein es setzt schon dasjenige als erwiesen voraus, was es erweisen soll. Wir müfsten vor allem folgerichtig viel genauer mit der Lehre von der Pigmentbildung vertraut sein, bevor wir uns entschliefsen könnten, das Auftreten oder das Verschwinden von Pigment als Beweis für oder gegen irgend einen Vorgang anzusehen. Wir müfsten über den allgemeinen und besonderen Zweck des Pigmentes viel eingehender unterrichtet sein. Soweit sich mir diese Frage nach den verschiedenen Resultaten, die über sie bekannt sind, und nach allgemeinen biologischen Thatsachen öffnet, mufs man *zweierlei Arten von Möglichkeiten* oder Veranlassungen *für cellulare Pigmentanhäufung* annehmen.

In der einen Reihe handelt es sich um Zellenpigment an solchen Körperstellen, an denen schon präexistentes Pigment in irgend einer Weise zu ordnungswidriger, vorläufig extracellulärer Ansammlung gekommen ist. Speziell bei Blutungen der Vertebraten. Es giebt aber auch ordnungsgemäfse Zustände, die ein Verlassen von farbigen Blutelementen aus der Bahn zur Folge haben, und zwar die Dilatation der Gefäfse, mithin Verlangsamung des Stromes bis zum Verschwinden des Poiseuilleschen Raumes.

Eine zweite Möglichkeit cellularer Pigmentanhäufung liegt in dem Vermögen vieler Arten von Zellen, in sich selbst, kraft ihrer physiologischen Funktion, sei es ausschliefsend, sei es nicht ausschliefsend Pigment anzubilden. Die Gründe, die zur Aktivierung der zweiten Möglichkeit führen, sind uns näher schlechterdings gar nicht bekannt. Wir wissen nicht einmal, ob solches Pigment zeitlebens in solchen Zellen bleibt, oder ob es zum Teil dekomponiert und wieder restituiert wird. Wir wissen auch nicht, ob eine Pigmentzelle ganz selbständig, ohne Vermittelung des Nervenapparates, direkt durch einen der besprochenen Reize getroffen, Pigment zu erzeugen im stande sei. Wir wissen ferner nicht, ob die

Perception dieses Reizes eine Hauptbedingung liefert, damit die Pigmentzelle angeregt werde, Farbstoff zu erzeugen.

Das erwähnte Experiment setzt aber eine solche trophoneurotische Beeinflussung in seiner Beweisführung schon voraus und hält den Ausfall bei Ausschaltung des Nerven„einflusses" für einen „neuerlichen", „weiteren" Beweis.

Dieser Mangel in der Beweisführung wird noch auffallender, wenn wir die Einflüsse betrachten, von denen es uns bekannt ist, dafs sie beim weifsen Menschen zur Pigmentierung in der Haut führen. So ist es bekannt, dafs Licht und Wärme, vielleicht auch nur Eines allein, speziell die strahlende Sonnenwärme, die betroffenen Hautpartien dunkler färbt. Nun führt aber Wärme allein reflektorisch zu einer Dilatation der Gefäfse, zu einer Verlangsamung des Blutstromes, zu einer Verschmälerung des Poiseuilleschen Raumes. Schaltet man jetzt „einigen", — nicht, wie man es durch das Experiment meint, „den" — Nerveneinfluſs aus, so braucht der Reiz nicht mehr empfunden zu werden; es braucht also nicht zu einer vasomotorischen Antwort auf den Reiz zu kommen, also auch nicht zum Austritt des Blutfarbstoffes aus den Gefäfsen und nicht zur Aktivierung der ersten erwähnten Möglichkeit für Pigmentbildung. Nicht die „trophischen" Nerven sind zum Ausfall gebracht, sondern der Weg, den der Reflex wandern sollte, ist durch den Versuch verlegt.

Es ist wohl mehr als wahrscheinlich, dafs in der Haut des Experimenttieres, des Frosches, die Gefäfsfluktuationen auf thermische Reize hin nicht so bedeutend sein werden als bei den Warmblütlern. Bei letzteren, sicher wenigstens beim Menschen, giebt sie den mächtigsten Faktor in der Regulierung der Körperwärme ab, bei ersteren entfällt die Notwendigkeit eines so feinfühligen Reflexes. Statt dessen ist bei ihnen die Haut vielfach ein Organ, durch das die Atmung besorgt wird. Es läfst sich also gar nicht überblicken, welche intermediären Beziehungen alle durch das Experiment ausgeschaltet sind.

Von einer krankhaften oder gestörten Beeinflussung der zweiten Möglichkeit aber zu reden, bevor wir auch nur annähernd die normale und ungestörte kennen, ist zum mindesten gewagt.

Wenn also schon dieses, scheinbar einfach angelegte Experiment eine Anzahl von Vorbedingungen schafft, deren Komplex gar nicht zu überblicken ist, das man nur mit dem gröfsten Vorbehalte verwerten darf, wie undurchdringlich werden dann erst die Verhältnisse, wenn wir einen ganzen Wust krankhafter Symptome, eine lange Kette zum Teil unaufgeklärter Erscheinungen, wie sie in dem zweiten Beispiele durch Worte, wie: „Tabes", „heftige Gemütserschütterungen", „Melancholie", „periodische Manie" etc. illustriert werden, vor uns haben. Sind ein Albinismus partialis, ein „neurotischer" Ausfall der Nägel, der Haare, eine ataktische Arthropathie Kundgebungen eines „nervösen" Ursprungs, sind es gelegent-

liche Syndrome oder Komplikationen, oder haben sie dieselbe Veranlassung wie die Hauptsymptome dieser Krankheiten?

Ein weiteres typisches Beispiel von Störungen im Bereiche pathologisch veränderter Nerven wäre *der Herpes*, insbesondere der Herpes zoster. Sein Zusammenhang mit entzündlichen Veränderungen im Vertebralganglion, die Ausbreitung längs der Verästelung der betroffenen Nerven, das „plötzliche" Auftreten, die brennenden beträchtlichen Schmerzen in der befallenen Gegend, das vorbereitende und begleitende Erythem, die Bläschenbildung — alles das scheint in seiner Erklärung nach dem Vorhandensein „trophischer" Fasern förmlich zu rufen.

Aber gerade hier haben wir es mit einem exquisit reinen Beispiele zu thun, das uns zeigt, dafs mit Berücksichtigung alles dessen, was über die Reflexe mitgeteilt wurde, die Vermutung trophischen Ursprunges in sich selbst zerfällt.

Der Reiz setzt beim Herpes zunächst nicht in der Peripherie, sondern auf dem Wege zum Centrum im Nerven ein. Der Schmerz wird von der befallenen Person peripher projiziert, gerade so, wie es in der amputierten Zehe beispielsweise noch zu stechen scheint, wenn irgendwo in der Leitung zum Centrum ein Reiz einsetzt. Die Stelle in der Haut wird brennen und schmerzen, und diese Illusion wird dadurch gefördert, dafs die reflektorische Antwort selbstredend auch an der bezüglichen Hautstelle auftreten wird. Der Heftigkeit des Reizes entsprechend wird auch die Vehemenz in der Gefäfsfluktuation eine bedeutende, wird über das Erythem bis zur Blasenbildung sich steigern, wird von Schweifssekretion begleitet sein können, kurz gerade solche Symptome hervorrufen, als ob man mit einem Paquelin den Reiz an der Peripherie hätte einsetzen lassen.

2. Weitere pathologische Zustände, deren Erscheinen zur Annahme „trophischer" Fasern „zwingt", sind die rasch auftretenden, tiefgreifenden, teils einseitigen, teils auf beide Körperhälften greifenden Decubitus, namentlich bei Apoplektikern. Wenn die Physiologie — so argumentiert man — auch trophische Fasern nicht erweisen kann, hier ist im Hirn ein schwerer Insult gegeben, die trophischen Fasern sind in Mitleidenschaft, daher der rasche, geschwürige Decubitus. Aber auch dieses Beispiel zeigt, wie fest man auf dem Boden physiologischer Thatsachen stehen bleiben soll, und dafs, eher als man aus der Pathologie die Physiologie belehren will, Erklärungen, die sich mit der Physiologie nicht decken, mit dem denkbar gröfsten Mifstrauen aufzunehmen sind; ja, dafs man fallweise auf sie sogar einstweilen verzichte. Die Apoplexie ist keineswegs ein völlig aufgeklärter Vorgang und es ist immer problematisch, Unbekanntes mit Unbekanntem erklären zu wollen. Sie ist weder selbst eine Krankheit, noch der Beginn, noch das Ende einer solchen, sondern lediglich das Symptom verschiedener krankhafter Prozesse, die alle unter

anderem von einer Veränderung an den Blutgefäfsen begleitet sind. Dafs dann eine Haut mit derartig pathologischen Blutgefäfsen einem Aufsendrucke wenig Widerstand wird entgegensetzen können, dafs überdies und obendrein bei Apoplektikern das Gefühl, diese Quelle von Abwehrbestrebungen, fürs Individuum mitunter ganz und gar ausgeschaltet ist, dafs die Abwehrbestrebungen selbst durch Paralyse ganz unmöglich geworden sein können, und dafs es keiner fremden Sorgfalt, keiner fremden Mühe, und wenn sie noch so zielbewufst verwendet scheint, möglich ist, diese Mängel auch nur annähernd auszugleichen: das sind Umstände, mehr als genügend, um rasch auftretende und tiefgreifende Druckgeschwüre zu erklären.

Man erinnere sich, wie schnell bei jungen, kräftigen Rekruten, wenn sie beim Reitunterrichte durch strenge Zucht genötigt sind, den reibenden Druck vom Sattel zu verwinden, wie „plötzlich" beim Pferde selbst auf demselben Wege tiefer Decubitus auftreten kann.

3. Ein weiteres Symptom, das sowohl in der zuletzt angezogenen Beispielsreihe, sowie auch schon vorher erwähnt worden war, und das gleichfalls nur zu sehr zur Annahme „nervöser Einflüsse" verleitet, liegt in dem gelegentlich symmetrischen Auftreten desselben. Allerdings fällt es bei derartigen Schlufsfolgerungen erst dann in die Wagschale, wenn es bei mehreren „derartigen" Symptomen „überdies" noch zu finden ist.

Nun liegt aber der Hauptgrund symmetrischer Bethätigung irgend einer Krankheitsursache bei der Haut darin, dafs eben eventuelle Prädilektionsorte sich dem ätiologischen Momente in der That auch symmetrisch entgegenstellen. *Die Haut ist kein durchweg gleiches Organ, sondern ein symmetrisches Mosaik homologer Organe.* Selbst histologisch sind gute Präparate der Achselhöhlenhaut von solchen des Hodensackes, der Ferse, des Gehörganges, vielleicht sogar des Kinnes, oder Finger- und Zehenrückens eines erwachsenen Menschen zu unterscheiden; und eine Krankheitsursache, die im stande ist, sich an behaarten Stellen zu manifestieren, kann die schweifsdrüsenreiche, fast beständig unbedeckte blut- und nervenreiche Palma unbehelligt lassen. Die Symmetrie, sowie die Lokalisation überhaupt, im Auftreten von Hautkrankheiten hat deshalb auch für die Ätiologie sicher grofse allgemeine Bedeutung, aber dafs man die vielen „Gründe", die man für das „nervös"-ursächliche Moment angiebt, dadurch noch überdies „erhärten" will, verliert bei solcher Betrachtung sicher alle Bedeutung.

Ebenso schwer, als ein Einflufs auf die „Trophe" von seiten des Nervenapparates zu erweisen ist, ebenso leicht ist es, die Ursache trophischer Störungen dort zu suchen, von wo die Ernährung ausgeht, *nämlich direkt in den Gefäfsen.*

Es besteht in dieser Beziehung aus dem normalen Gefäfsleben kein

übersichtlicheres und besseres Beispiel, als die physiologisch bestbekannten gegenseitigen Beziehungen des Fettgewebes zu den Blutgefäßen. Sie haben hier fast den Charakter einer Symbiose; Fettansatz und Gefäßsprossung einerseits, Gefäßschwund und Fettabbau andererseits sehen wir wechselweise ineinander arbeiten. Aber auch wo immer sonst im Organismus das Gefäßleben nur halbwegs näher bekannt ist, finden wir, daß mit dem gesteigerten Nahrungsbedürfnis die physiologisch anerkannten „trophischen" Gebilde, die Gefäße entsprechend zufluten. Das berühmte Prinzip, das für jedwedes biologische Grundelement „Laboro, ergo sum" heißen sollte, findet gerade in den Fluktuationen des Gefäßsystems ein hervorragendes Beispiel.

Nicht nur normale Zustände liefern hier lehrreiche Bestätigungen, auch sonst, wenn z. B. ein miliarer Tumor im Gewebe entsteht, sprossen ihm sofort die Gefäße zu.

Welch' enormen Umschwung der „trophischen" Verhältnisse bringen ferner die ersten Atemzüge des Neugeborenen! Die Alterationen im gesamten Gefäßsystem einer schwanger gewordenen Frau, die mit Hinzuziehung der Laktationsperiode, und wenn der Säugling die Milch benötigt, mehr als ein Jahr brauchen, um wieder völlig zur Ruhe zu kommen, sind neben den geänderten Stoffwechselverhältnissen und der Möglichkeit der Ausscheidung der Stoffwechselprodukte an der Haut eine reiche Fundgrube für die spezielle Ätiologie der bei Schwangeren auftretenden Hautveränderungen und Hautkrankheiten. Dazu käme noch der Umstand, daß der Uterus knapp nach der Geburt ein ungefähres Gewicht von 102—117 g, ein Volum von 86—102 cm^3, — die ruhende Gebärmutter ein solches von 33—41 g, beziehentlich 35—50 cm^3 hat. Die Differenz wird in erstaunlich kurzer Zeit nach der Geburt aus der Geschlechtssphäre gebracht. Das Herz, das Gefäßsystem accomodiert sich in derselben Frist den neuen Verhältnissen; solche Schwankungen können auch eine Resultierende in den Gefäßen der Haut haben.

Allerdings ist gerade bezüglich des Gefäßlebens die hülfreiche Kenntnis, welche die Ätiologie in der normalen und pathologischen Histologie der Gefäße finden sollte, in wünschenswertem Maße kaum festgestellt. Noch wissen wir nichts von den elementaren Vorgängen, wenn aus einem dünnen Rohre, wie es beispielsweise die Art. temporalis beim Embryo ist, ein so beträchtlicher Schlauch wird, wie sie beim Erwachsenen pulsiert; noch ist es wenig bekannt, zu welchen histologischen Veränderungen an den Wänden Alterationen im Blutdrucke führen, was die physiologische Aufgabe und Leistung der lebenden Endothelzellen ist, wie weit die morphologischen Beziehungen der Gefäße zu den umgebenden Geweben der Haut reichen; noch ist es nicht genügend ermittelt, welche wechselreichen Vorgänge eine Haut durchströmt hatten, die starr fixiert und lebevoll tingiert in Kanadabalsam unter dem Mikroskope betrachtet wurde.

Und doch würde mit derartigen Resultaten für die Lehre wirklicher „trophischer Einflüsse“ mehr gewonnen sein, als durch die dicksten und schwungvollsten Bücher über die *Trophoneurosen* der Haut.

Diese geniale Irrlehre hatte seinerzeit Berechtigung gehabt, nunmehr scheint es aber verwirrend, die Entwickelung unserer Kenntnisse vom Gefäßeinfluß gewaltig hemmend, wenn vielfach noch immer an dem Versuche festgehalten wird, auf nervös reflektorischem Wege Ernährungsstörungen erklären zu wollen oder Ereignisse zu beleuchten, für deren Abwicklung die pathologische Anatomie nicht mehr transsudative, sondern schon *exsudative* Vorgänge beansprucht.

Kehren wir deshalb nach alledem, was über „Trophe“ und „Reflexe“ gesagt wurde, zu dem Satze zurück, daß unter gleichen Umständen die gleiche Ursache die gleiche Wirkung haben müsse, so werden wir — dies alles im Auge — hoffentlich keine Schwierigkeit haben, bei scheinbar „verschiedener“ Ursache für das Auftreten gleichartiger Effloreszenztypen, das Einheitliche und Gemeinsame dieser Reize aufzufinden, und es lautet: Die oft übermäßige Erregung der sensiblen Hautnerven. Dieser Ausweg ist keine nichtssagende Sophistik; es ist beispielsweise für ein saugendes Kind ganz gleichgültig, wodurch die sensiblen Lippennerven erregt werden, ob durch die Warze der Mamma, ob durch einen Kautschukstöpsel, ob durch einen Stein: *wenn sie nur erregt werden*, so folgt die reflektorische Saugbewegung. Es ist ganz gleichgültig, ob der Opticus durch Licht, ob durch Elektrizität, ob durch einen Schlag aufs Auge vermöge seiner spezifischen Energie zur Auslösung der Gesichtswahrnehmung gebracht wird: *wenn er nur erregt wird*, so folgen auch die Reflexe. Ebensowenig wird man die Reize, die den Schlingreflex hervorrufen, nach den vielen Speisen klassifizieren, die wir genießen.

Daß die Hautnerven durch ein so riesenhaftes Vielerlei diesem Zustande entgegengehen, darf bei der exponierten Stellung der Haut gerechterweise nur erwartet werden.

Das engbegrenzte Einerlei in den reflektorischen Antworten — füglich nur eine Kontraktion glatter Muskelelemente in der Haut und sekretorische Drüsenthätigkeit — wird von einer Erklärung der Mannigfaltigkeit der Form, in der sie gegeben wird, nicht abhalten können. Sehen wir ja doch ganz allgemein die Natur arm an Methoden — man denke an die Monotonie des Befruchtungsvorganges, — unendlich reich aber an den Arten, in der die Methoden zur Ausführung gelangen.

Freilich ist der Weg von diesen „reflektorischen“ bis zu den krankhaften Vorgängen noch weit, und wir kennen den quantitativen Unterschied in den Reizen noch nicht, der in die Wagschale fällt, um exsudative Symptomenkomplexe, wie sie als Ekzem, Psoriasis, Syphilis, Tuberkulose gekennzeichnet sind, ins Leben zu rufen. Daß aber die Unterschiede

lediglich quantitativer oder auch toxischer Natur sein dürften, lehrt die Erfahrung, die uns als hautkrankmachende Einflüsse die letzten sechs Gruppen von Reizen wieder kennzeichnet, von denen wir sahen, daſs sie vorerst nur Reflexe auszulösen im stande seien.

Jedenfalls dürfte die Erzeugung einer *Laesio* eine hauptsächliche Mitveranlassung sein, damit ein so verwickelter Vorgang, wie es eine Krankheit ist, auftreten kann. Auſser den reinen Reflexen wird dann nebst der Entzündung auch *die Thätigkeit der in ihrem natürlichen Berufe gestörten Zellindividuen und Organkomplexe* hinzukommen. Die ungezählten Kombinationen machen den Wert einer Klassifizierung dieser zusammengesetzten Reize so ziemlich illusorisch und trüben das Reine des Effektes. Bei Scabies, Favus z. B. — gut überblickbaren Krankheiten — ist man vorläufig nicht im stande, die Krankheitsursache in sämtliche elementare Reize zu zerlegen.

Alle sogenannten idiopathischen Hautkrankheiten sehen wir durch solche Reizkombinationen hervorgerufen. Unter diesen nimmt die Wirkung der Mikroorganismen eine hervorragende Stelle ein. Eignet sich ja doch die Haut hervorragend zur Einnistung derselben.

Nach dem Gesagten werden wir weiter konsequenterweise bestrebt sein müssen, auch für „symptomatische“ Dermatosen die Krankheitsursache vorerst in der Haut selbst zu suchen. Man darf nicht vergessen, daſs für viele „symptomatische Hautkrankheiten“ der Satz sich auch umdrehen läſst und es sehr fraglich ist, ob nicht bei Variola, bei Scarlatina das dominierende Symptom die Hautkrankheit ist, die Erkrankungen der anderen Organe aber „symptomatisch“.

Eine gleichfalls unübersehbare Fülle von Fragen über die Vorgänge im Leben der Haut drängt sich uns entgegen, wenn wir einem weiteren „symptomatisch“-ätiologischen Momente, der Vererbung, der Heredität unsere Aufmerksamkeit zuwenden. Die kritische Auffassung, die diese Worte, ferner solche wie „Heredität als disponierende Ursache“, „Anlage“, von den Eltern überkommene „Disposition“ für Hautkrankheiten immer häufiger erfahren, zeugt dafür, daſs die tiefsinnigen Erörterungen, die diese Angelegenheit seit Aufdeckung des Prinzips von der Entstehung der Arten unter andern namentlich in deutschen Ländern gefunden hat, bei diesem Gegenstande ihren Einfluſs mit glücklichem Nachdruck geübt haben. Ähnlich verhält es sich mit der Lehre von der Immunisierung. Gewiſs, Theorie und Praxis gehen viel zu sehr getrennte Wege, stellen an ihre bezüglichen Vertreter zu groſse Anforderungen, denen nach beiden Seiten zu genügen dem Einzelnen unmöglich ist. Das Wesen der Vererbung zu erörtern, erfordert allein einen ganzen Mann, ebenso wie das Wesen der Hautkrankheiten zu erforschen ein fleiſsiges Streben ganz absorbiert. Es können daher nur die endlichen Resultate der einen Seit

den Gedankengang auf der anderen beeinflussen. In der *experimentellen Teratologie* keimen die ersten fruchtbringenden Gedanken, die zu einem Teile der Lösung auf diesem Gebiete führen werden.

Eine Lehre von den *Funktionen embryonaler Organe* existiert zwar nur in den bescheidensten Anfängen, aber dennoch zieht man auch schon vielfach die Möglichkeit einer Störung derselben zur Erklärung von solchen Anomalien heran, die zur Zeit der Geburt und nach der Geburt des Individuums erst sichtbar werden. Allerdings läuft man trotzdem oft der Versuchung entgegen, vieles natürliche Denken in dem bequemen Worte „Vererbung" zu begraben.

Auf der einen Seite „ererbt" man die „Disposition" zu einer Krankheit, auf der anderen erwirbt man gerade durch Entstehen aus einem durch Krankheit gefeiten Mutterleibe auf dem Wege der „Vererbung" die Immunität. — Einmal ist man hereditär syphilitisch, einmal hereditär gegen Syphilis widerstandsfähiger.

Kommt weiters beispielsweise ein Kind mit einem „Blutschwamm" an den oberen Lidern und der Glabella, der später „auswächst", zur Welt, so ist er „angeboren". Nun denke man aber — wie ich es bei zwei Kindern derselben Abkunft gesehen —, dafs die Mutter wenig Amnionwasser habe, dafs der Kopf schon Wochen vor der Geburt der Linea anonyma fest anliegt, dafs der Kopf durch kräftige Wehen an sie gepreſst wird, so finden wir nach der Geburt dieser Drucklinie entsprechend lädierte Hautgefäfse. Sprieſsen nun aus ihnen weitere Äste, regelmäfsig auf unregelmäfsiger Vorstufe wachsend, dann kann ein Konvolut von abnormen Gefäfsschlingen in der Haut entstehen: ein Naevus vasculosus.

Viele Theorien bewegen sich in derartigen Richtungen, begünstigt durch den Umstand, dafs gerade die Haut am Fötus das einzige Organ ist, welches äufseren Schädlichkeiten in hervorragenderem Mafse ausgesetzt wird. Das Amnionwasser, beispielsweise in seiner verschiedenen Zusammensetzung, Menge und Koncentration, das acht Monate lang die Haut bespült, bevor diese noch ihre Schutzvorrichtungen wirkungsfähig ausgebildet hat, setzt allein schon einen viel beachteten Faktor.

Wenn wir deshalb den strengen wissenschaftlichen Mafsstab an diese Fragen legen, so werden wir Fälle wie „ererbte" Polytrichie, Ichthyosis, Albinismus, Psoriasis, oder weiter Hasenscharte, Polydaktylie einfach registrieren, wir werden konstatieren, dafs sie in einer Reihe von Individuen desselben Stammes aus unbekannten Gründen auftreten können, keinesfalls aber das vielsagende Wort „Vererbung" zur „Aufklärung" dieses unbekannten Grundes hervorziehen.

Die pathologische Beeinflussung der Haut beginnt schon mit der Entwickelung des oberen Keimblattes, wird von dem ersten Beginn des Zusammen- und Gegenwirkens von Cutis und Epidermis an störend ein-

greifen, und bei dem Umstande, als die Ausbildung der Haut erst nach den Pubertätsjahren sozusagen einen Abschluſs gefunden hat, durch Jahre und Jahre störend fortwirken können. Um nun derartige Einflüsse, unter denen auch der sexuelle ein namhafter ist, wissenschaftlich präcis umgrenzen zu können, müssen uns erst die normalen Vorgänge während dieser ganzen Entwickelungsepoche näher bekannt sein. Das ist aber in befriedigendem Maſse nicht der Fall.

Einige Beobachtungen, die ich in dieser Beziehung über das Wachsen der Kopfschwarte einschliefslich der Stirnhaut gemacht habe, erläutern ganz passend, in welcher Richtung hier Aufklärung zu erhoffen ist: Die Chinesen lassen, um in den Besitz eines recht mächtigen Haarzopfes zu gelangen, in ihrer Kindheit nicht etwa die Wirbelhaare stehen, sie rasieren im Gegenteil diese Stelle und erhalten sich nur drei oder vier Haarbüschel, die in bestimmter Entfernung vom Wirbel um diesen gruppiert sind. Im Laufe der Jahre rücken dann diese Büschel gegen den Wirbel und vereinigen sich zum Zopf.

Dieser Thatsache nachspürend, schnitt ich denn einem etwa einjährigen Knaben die Kopfhaare ganz kurz. Nach etlichen Monaten hatte sich an der Haargrenze ein breiter Streifen neuer Haare mit unversehrten Spitzen nachgebildet, indes die abgeschnittenen, früher am Rande befindlichen, gegen den Wirbel gerückt waren. Aber auch in der Stirnhaut rücken die Cutisteile gegen den Scheitel. An jenen Kindern mit „angeborenen" Naevis sah ich den Naevus an der Glabella, der einen mehr weniger kreisförmigen Umfang hatte, mit den zunehmenden Altersmonaten sich wie einen Kometenschweif gegen die Haargrenze zu ausbreiten und so die Wachstumsrichtung verraten.

Vielleicht stellt es sich heraus, dafs im allgemeinen die Haut in jener Richtung wächst, in der die Hautnerven verlaufen. Ob es hierbei auch zu beständiger Apposition und Wiedereinlösung an dem einen und dem anderen Punkte der Wachstumsrichtung kommt, ist noch gar nicht untersucht.

Man vergleiche in dieser Beziehung, wie weit unsere Kenntnisse über die Wachstumsverhältnisse im Knochen, im Muskel gediehen sind. Die Gesamtelemente des embryonalen Skelett- und Muskelmaterials werden im Laufe dieser Perioden, man kann sagen völlig ausgewechselt. Von den Stoffen der Stirnbeinhälften eines fünfmonatlichen Fötus ist im vierundzwanzigsten Lebensjahre nicht ein Stück mehr erhalten, desgleichen im Schläfemuskel. Wie stellen sich dem die histologischen Organteile der Haut gegenüber?

Die Stoffe, die bei diesem Auslöseprozesse locker werden, können allerdings im Körper noch weitere Verwendung finden. Es ist aber viel wahrscheinlicher, dafs sie in den Sekretionsorganen zur Ausscheidung gelangen. Nichts ist leichter denkbar, als dafs hierbei Krankheitserreger, die durch einen reaktiven Krankheitsprozefs an dieser oder jener Stelle gebannt gewesen waren, wieder ihre Freiheit erlangen und fern vom Ursprungsorte Symptome erzeugen. So erklärt man sich, wenn es überhaupt wahr ist, das „Aufbrechen" alter Wunden, das Entstehen miliarer Tuberkulose bei Individuen, die sich durch fest verkalkte, streng umschriebene Lungen-

tuberkeln schon lange für gesundet halten, und so wird man auch die „tertiären“ Spätsyphilide auffassen können.

Wenn man die ausgezeichnete Abhandlung des Erlanger und nachmals Leipziger Chirurgen *„Der Epithelialkrebs namentlich der Haut“* nachliest, so wird man vielleicht gleich mir den Gedanken nicht los, dafs der in den Schweifs-, Talg- und sonstigen Drüsen beginnende Krebs möglicherweise auch mit ähnlichen Vorgängen in Zusammenhang zu bringen wäre. Die fragliche Noxe, allenfalls schon lange im Organismus an ungefährlicher Stelle lagernd, wird im Auslöseprozefs der Dekadenzperiode gelockert und beginnt an geeigneter Stelle, hart an der Grenze des Expulsionsbereiches, ihre verderbliche Wirkung.

Ein weiteres „symptomatisch“-ätiologisches Moment liegt in solchen Allgemeinleiden, bei denen die Haut teils als Bestandteil des Organismus, teils wegen ihres Verhältnisses zu den nächstliegenden Organen und Organteilen in direkte Mitleidenschaft gezogen wird. Insofern derartige Hauterkrankungen nicht schon in eine früher genannte Gruppe einzureihen sind, stellt die Anämie der Haut, die Cyanose bei Herzfehlern für die erstere Gruppe illustrierende Beispiele. Für die zweite Gruppe kämen Hautveränderungen bei obturierten Lymphstämmen, bei Knochenerkrankungen, Varices in Betracht. Weil hier die Haut wirklich „mitleidet“, — *συμπαθεῖ*, — wäre es nicht unvorteilhaft, derartige Dermatonosen „sympathische“ zu nennen, wenn nicht die Homonomie des Nervus sympathicus zu Mifsverständnissen Veranlassung gäbe.

Hiermit dürfte im ganzen ersichtlich sein, dafs — wie schon eingangs hervorgehoben — eine Ätiologie als blühende Wissenschaft nur gedacht werden kann, wenn sie sich auf eine genaue Kenntnis des Baues, der Entwickelung, des Wachstums, der Dekadenz und der Funktionen desjenigen Organes stützt, dessen Erkrankungsursachen sie aufdecken soll.

Indes giebt es doch Methoden, durch die sich die Ätiologie als Wissenschaft von solcher Kenntnis einigermafsen emanzipieren kann. Dahin gehört vor allem das möglichst einfach angelegte Experiment, vornehmlich der Versuch, die zu suchenden Krankheitskeime zu übertragen und so die Krankheit zu erzeugen. Es ist ja nur zu bekannt, welchen Fortschritt in dieser Beziehung die Versuche, Ekzem zu erregen, Scabies hervorzurufen, für die Dermatologie gebracht haben. Ein ausgezeichnetes Beispiel, wie selbständig hier die Ätiologie anregen kann, ist die Überimpfbarkeit des Molluscum contagiosum. Wie viele Hautkrankheiten laden bei gegebener günstiger Gelegenheit ein, diesen aussichtsvollen Weg zu betreten.

Eine weitere selbständige Methode fördert das bunte Feld der Statistik. Sie weist zwar selten direkt auf die Ursache hin, kann aber das Gebiet, auf dem sie zu finden wäre, nutzbringend beschränken.

Eng verwandt mit ihr schreitet die Erforschung der Lebensweise, Lebensgewohnheit, der klimatischen Verhältnisse. Da diese

Momente vielfach familien- und stammweise dieselben sind, können sie nur zu leicht Heredität und hereditäre Eignung vortäuschen.

Selbständig kann die Ätiologie ferner erfolgreich wirken, wenn sie die Naturgeschichte der pflanzlichen und tierischen Krankheitserreger, soweit man dieselben schon kennt, vervollständigt, oder wenn sie auf chemischem Wege die allfälligen Beimengungen auffindet, die solche pharmaceutische Präparate enthalten können, nach deren Anwendung manchmal Hautkrankheiten auftreten.

Und dafs dann so eine Ätiologie als Sonderwissenschaft überhaupt Berechtigung hat, geht schon allein aus dem Umstande hervor, dafs wir täglich Erkrankungen begegnen, deren Ursache uns völlig unbekannt ist. Aus diesem einzigen Grunde schon ergiebt sich weiter, dafs der Versuch, die Hautkrankheiten nach ätiologischen Momenten in ein System zu bringen, unhaltbar ist. Soweit sie uns aber bekannt sind oder bekannt scheinen, tritt die unendliche Variabilität in der Konkurrenz der Ursachen einem solchen Unternehmen hindernd entgegen. Das klinische sowie pathologisch-anatomische Bild erleidet hierdurch in dem komplizierten Organe zu viele Arten. Umgekehrt liegt in der verhältnismäfsig dürftigen Methode des Krankheitsvorganges ein Grund für die oft homologe Pathologie.

Das ist auch die natürliche Veranlassung, warum man sich zusehends dieser zuwendet und andererseits die exklusive Pflege der dermatologischen Efflorescenzenlehre mit Recht immer mehr vernachlässigt.

Aus der Praxis.

Dermatotherapeutische Erfahrungen mit „Unguentum Caseini cum Liantral".

Von

Dr. Cornelius Beck in Budapest.

Im November des vergangenen Jahres hat mir die chemische Fabrik Beiersdorf & Co. in Hamburg ein mit dem Namen „Unguentum Caseini cum Liantral" bezeichnetes Präparat geschickt, um seine therapeutische Wirkung bei verschiedenen Dermatosen festzustellen. Da ich teilweise in meiner Privatpraxis, teilweise durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Oberarztes Dr. Julius Grósz, der mir das geeignete Material mit gröfster Zuvorkommenheit zur Verfügung stellte, im neuen Kinderspital „Adéle Bródy" öfters Gelegenheit hatte, das obengenannte Mittel anzuwenden, möchte ich meine diesbezüglichen Erfahrungen in einigen kurzen Zeilen den Fachkollegen bekannt machen.

Das „Unguentum Caseini cum Liantral" stellt eine Mischung von Unguent. Caseini als Salben- (recte Firnis-) Grundlage mit 10% Extract. lithantracis (Liantral) d. h. den in Benzol löslichen Bestandteilen des Steinkohlenteers dar. Das Unguent. Caseini, womit Unna die Zahl unserer Grundsubstanzen bereichert hat, gehört in die Gruppe der sog. wasserlöslichen Firnisse und besteht aus einer Mischung von Alkalicaseinat, Glycerin, Vaselin und Wasser. „Es bildet eine gleichmäfsige, dicke, zähflüssige, weifse Emulsion" — so beschreibt Leistikow die Eigenschaften des Unguent. Caseini —, „welche erwärmt werden kann, ohne dafs sich Fett abscheidet. Es bildet, auf der Haut verrieben, nach 1—2 Minuten schon eine elastische, trockene Decke. Während es auf der einen Seite porös genug ist, die Wasserverdunstung zu gestatten, ja sogar etwas zu steigern, enthält es auf der andern Fett (50%), das die Oberhautzellen durchdringt, zu starkes Strömen des Hautsekrets verhindert, und einige Tiefenwirkung ermöglicht. So stellt das Unguent. Caseini ein Mittelpräparat dar zwischen Fettsalben einerseits und Pasten und Pudern andererseits. Es reagiert neutral oder höchstens schwach alkalisch. Es ist mit allen Stoffen mischbar, welche Casein nicht koagulieren. Ausgeschlossen sind daher starke Säuren, saure Salze und Kalksalze, wenn sie in 1% übersteigenden Mengen zugesetzt werden. . . . Unguent. Caseini ist das vorzüglichste Vehikel für Teer, welches ich kenne, besonders für die ambulante Behandlung

ausgezeichnet. Wegen seines starken Vaselingehaltes deponiert das Unguent. Caseini den Teer in die tieferen Hautpartien beim Einreiben und unterstützt den Teer in seiner juckstillenden Wirkung. In allen für die Umgebung sichtbaren Körperstellen (Gesicht, Hals und Hand) kann man Teercaseinfirnis verordnen. Es reizt fast gar nicht und ist sehr leicht abzuwaschen.“ [1]

Trotz dieser Eigenschaften konnte sich das Unguent. Caseini in der Dermatotherapie nicht einbürgern; die meisten Dermatologen haben nach ihren ersten Experimenten die weitere Anwendung eingestellt. Die Schuld daran trägt der Umstand, dafs eine beträchtliche Zahl der in der Dermatologie mit grofsem Nutzen angewandten Mittel die chemischen, noch mehr aber die sehr wertvollen physikalischen Eigenschaften des Unguent. Caseini verändert, dasselbe geradezu in eine unbrauchbare Grundsubstanz umwandelt. So z. B. wird das Unguent. Caseini durch Ichthyol verdickt, durch Resorcin und Pyrogallol verdünnt etc., sodafs es heute beinahe ausschliefslich nur als Grundsubstanz für Teer benutzt wird; was aber diese seine Rolle anbelangt, mufs ich nach eigener Erfahrung behaupten, dafs Leistikows oben citierte Worte in vollem Mafse feststehen.

Die folgenden neun Krankengeschichten sollen den Beweis dafür liefern, dafs ich mit „Unguentum Caseini cum Liantral“ meistens äufserst befriedigende Resultate erzielt habe. Es wurden mit dem Mittel vier Fälle von chronischem Kinderekzem, drei Fälle von Prurigo Hebrae, ein Fall von Psoriasis und einer von Erythrasma behandelt.

I. L. R., 5jähriger Knabe, ist seit ungefähr sechs Monaten mit einem sich auf den ganzen Körper ausbreitenden chronischen Ekzem behaftet, welches am intensivsten die Unterarme, die Biegseite der Knie- und Ellbogengelenke, das Knie und Scrotum befallen hat. An letztgenannten Stellen hat die Haut schon eine ziemlich hochgradige sekundäre Lichenifikation erlitten. Mäfsiges Nässen an circumscripten Stellen, starkes Jucken mit Zeichen des Kratzens am Rumpf, Dermographismus sind zu beobachten.

Nach Entfernung der Krusten mittelst Tafelöls wurde der rechte Arm und der Rumpf mit Unguentum Caseini cum Liantral, der linke Arm behufs Kontrollversuch mit einer entsprechend starken mit Vaselin angefertigten Ol. cadini-Salbe (10%) behandelt. Die mit Unguentum Caseini cum Liantral behandelten Teile zeigen Tendenz zur raschen Heilung, sodafs schon nach einigen Tagen eine auffallende Besserung zu konstatieren war, nur ganz vereinzelt treten einige höchstens stecknadelkopfgrofse Follikulitiden auf, während an der mit Ol. cadini behandelten Seite eine Besserung kaum zu bemerken ist, hingegen trat zum Grundleiden noch eine durch den Teer hervorgerufene Furunkulose hinzu. Nach operativer Eröffnung und Heilung der Furunkel wird auch der linke Arm mit Unguentum Caseini cum Liantral eingeschmiert, worauf rasche Besserung eingetreten ist. Inzwischen ist das Kind an Varicellen erkrankt, sodafs wir die Behandlung einstweilen einstellen mufsten, nur auf die Arme habe ich die in ähnlichen Fällen oft vorzüglich wirkende Pasta zinci sulfurata (Unna)

[1] L. Leistikow, *Therapie der Hautkrankheiten*. 1897. Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig. Pag. 14—15.

verordnet. Doch hat das Kind den Schwefel absolut nicht vertragen; unter der Pasta verschlimmerten sich die Entzündungserscheinungen. Nach sechs Tagen verschwand der Varicellenausschlag, worauf neuerdings mit Unguentum Caseini cum Liantral behandelt wird; nun nimmt die Besserung so rapid zu, dafs nach neun Tagen das Kind beinahe vollständig geheilt, nur noch mit Spuren der Lichenifikation das Spital verläfst.

II. H. E., 7jähriges Mädchen. Seit ungefähr einem halben Jahr leidet es an einem stark nässenden, mit dicken gelben Krusten bedeckten Ekzem der rechten Wange, des rechten Ohres und der Regio retroauricularis, sowie des Nackens und des ganzen behaarten Kopfes. Die Drüsen der rechten submaxillaren Gegend sind haselnufsgrofs. Im Anfang wurden zur Beseitigung der Krusten und der sehr lebhaften Entzündungserscheinungen Einölung und Umschläge mit Burowscher Lösung verordnet. Nach einer Woche habe ich zur Probe eine ungefähr kinderhandgrofse Stelle mit Unguentum Caseini cum Liantral einschmieren lassen. Da an dieser Stelle nach zwei Tagen auffallende Besserung eintrat und nur 1—2 mit wasserklarer Flüssigkeit gefüllte Bläschen als Zeichen einer geringen Irritation auftraten, wird die Behandlung mit Unguentum Caseini cum Liantral am ganzen kranken Gebiet durchgeführt. Nach vier Tagen (14. Juni) ist überall eine rasche Besserung zu konstatieren. Nässen, Krustenbildung ist nirgends mehr vorhanden, die kranken Stellen haben eine hell rosarote Farbe. Nach 14 Tagen tritt unter weiterer Anwendung des Unguentum Caseini cum Liantral nebst einer Zink-Ichthyolpaste vollständige Heilung ein.

III. B. F., 4 Jahre altes Mädchen. An den Wangen, am behaarten Kopf und am Nacken besteht seit drei Jahren ein sehr stark nässendes und juckendes Ekzem. Während der ersten Tage ihres Spitalaufenthaltes werden die kranken Stellen eingeölt und mit Burowscher Lösung behandelt. Am 7. Juni wurde auf eine kleine Stelle des Gesichtes Unguentum Caseini cum Liantral appliziert, welches Mittel nach zwei Tagen überall angewandt wird. Nach vier Tagen ist eine auffallende Besserung zu konstatieren; allerdings tritt vorübergehend eine geringe Verschlimmerung ein, durch den Umstand hervorgerufen, dafs das Kind die niedergebundenen Hände losgerissen und sich blutig gekratzt hat. Nach kurzer Zeit ist die ekzematöse Stelle ganz blafs, nur an der Stirne sind noch einige kleine nässende und mit stecknadelkopfgrofsen Borken bedeckte Stellen wahrnehmbar. Vollständige Heilung wird durch eine gelbe Quecksilberoxydsalbe erreicht.

IV. Sz. R., 2jähriger Knabe, leidet seit anderthalb Jahren an einem hartnäckigen Ekzem, welches seinen Sitz an der rechten retroaurikularen Gegend, am rechten Ohr, am ganzen Kopf, sowie am Hodensack und an der Innenseite beider Schenkel hat. An diesen Stellen ist die Haut teils nässend und mit Krusten, teils mit feinen Schuppen bedeckt. Es wurden anfangs Einölung und Umschläge mit Burowscher Lösung, später Pasta zinci sulfurata (Unna) — der ich weiterhin auch noch 5 % Ol. cadini hinzusetzen liefs — verordnet. Bei dieser Behandlung konnte eine langsame Heiltendenz, jedoch mit öfters eintretender Verschlimmerung verzeichnet werden. Nach einer achttägigen Behandlung mit Unguentum Caseini cum Liantral (die nur am Kopf und Gesicht ausgeführt wurde, da Scrotum und Schenkel inzwischen schon heilten); verblafsten die ekzematösen Stelle das Nässen hat gänzlich aufgehört, jedoch zeigten die vereinzelt aufschiefsenden mit wasserhellem Inhalt gefüllten Blasen, dafs das Ol. lithantracis die übermäfsig empfindliche Haut des kleinen Kranken ein wenig gereizt hat. Totale Heilung ist in diesem Falle nicht eingetreten. Es stellten sich später wieder Nachschübe ein, sodafs wir uns auf eine indifferente Behandlung beschränken mufsten, doch ohne anhaltenden Erfolg.

An dieser Stelle möchte ich noch erwähnen, dafs Herr Dr. Márton, meinen Rat

befolgend, einen den meinigen ähnlichen Fall von chronischem Gesichtsekzem mit Unguentum Caseini cum Liantral behandelt hat, nachdem schon die meisten bei solchen Fällen üblichen Mittel ohne Erfolg angewendet waren. Das Ekzem wurde, wie mir Herr Dr. Márton mündlich mitteilte, in kürzester Zeit vollkommen geheilt.

V. V. W., 5jähriger Knabe, bei welchem kurz nach seiner Geburt der auch jetzt noch bestehende stark juckende Ausschlag auftrat, der sich manchmal bessert, ein anderes Mal wieder verschlimmert. Bei seiner Aufnahme in das Spital war folgender Zustand zu verzeichnen. Am Gesicht, besonders um die Augen herum besteht ein stark nässendes, teilweise papulöses Ekzem, am Rumpf und an den Streckseiten der Extremitäten sind alle charakteristischen Kennzeichen der Prurigo Hebrae wahrnehmbar, mit ausgesprochener sekundärer Lichenifikation der Haut an den Streckseiten und mit vereinzelten durch das Kratzen verursachten Follikulitiden. Inguinaldrüsen sind vergrößert, die Haut dunkel pigmentiert. Im übrigen besteht keine Ekzematisation.

Es werden auf das Gesicht Umschläge mit Burowscher Lösung verordnet und die eine Körperhälfte wird mit Unguentum Caseini cum Liantral eingeschmiert; die andere bleibt zum Zweck der Beobachtung eventuell eintretender Veränderungen und zum Vergleich ohne irgendwelche Behandlung. Nach zwei Tagen weist die behandelte Körperhälfte im Vergleich mit der unbehandelten eine augenfällige Besserung auf und scheint am sechsten Tage der Behandlung mit Hinterlassung einer Pigmentierung vollkommen geheilt. Aber auch der Zustand der unbehandelten Körperhälfte verbessert sich allmählich allein durch die günstige Wirkung der Reinlichkeit, der Bäder und der allgemeinen guten Hygiene und hat nach weiteren acht Tagen denselben Grad der Heilung erreicht, wie die mit Unguentum Caseini cum Liantral behandelten Teile.

VI. S. F., 9jähriges Mädchen, leidet seit acht Jahren an einer Prurigo Hebrae. Die Haut des ganzen Körpers ist bronzebraun verfärbt, hier und da sind einzelne hellere Streifen wahrnehmbar. Überall giebt es typische Seropapeln und Kratzläsionen. An den Streckseiten der Extremitäten ist die Epidermis und die ganze Haut verdickt, lichenifiziert.

Am dritten Tage der Behandlung mit Unguentum Caseini cum Liantral hat das quälende Jucken total aufgehört, die Prurigopapeln haben sich abgeflacht. Nach einer im ganzen zehntägigen Behandlung hat sich eine vollkommene (temporäre) Heilung eingestellt.

VII. S. A., 4jähriges Mädchen, Schwester der früheren, leidet seit drei Jahren an Prurigo Hebrae. Am Rücken und an den Streckseiten der Extremitäten — mit Ausnahme der Schenkel — sind ganz ähnliche Veränderungen der Haut sichtbar wie bei ihrer älteren Schwester. Brust- und Bauchhaut gesund, von normaler Farbe. Am rechten Unterschenkel hat die Kranke eine ungefähr 12 cm breite, in Manschettenform den Unterschenkel umgebende nässende Ekzemplaque, welche etwas über das normale Hautniveau erhaben ist. Auf diese Stelle wird ein Resorcindunstumschlag appliziert, worunter die Entzündungserscheinungen rasch zurückweichen. Behandlung der Prurigo mit Unguentum Caseini cum Liantral. Nach zehn Tagen sind bei der Kranken, wie bei ihrer Schwester, alle Symptome beseitigt, nur das Unterschenkelekzem bedarf noch einer paartägigen Behandlung.

VIII. Cs. M., 8jähriges Mädchen, bei dem vor ungefähr drei Monaten, bevor es mich aufsuchte, an den Ellenbogen und Knien typische, mit dicken Epidermisschuppen bedeckte Psoriasisplaques auftraten. Nachdem trotz einer streng durchgeführten Pyrogallol- und später Chrysarobinbehandlung das Leiden sich in kurzer Zeit auf den ganzen Körper ausbreitete, ließs Patientin sich auf meinen Rat in das „Adéle Bródy"-

Kinderspital aufnehmen. Es wurden täglich Bäder mit Abreibungen mit grüner Seife und nachherigem Einschmieren mit Unguentum Caseini cum Liantral verordnet. Nach drei Wochen waren die alten psoriatischen Efflorescenzen, welche sich besonders reichlich am Bauch und in der Interscapulargegend vorfanden, mit Hinterlassung schromatischer Stellen gänzlich verschwunden, und es traten auch keine neuen Läsionen mehr auf. Etwas später tritt die vollständige Heilung der Arme ein, während auf den Unterschenkeln, unterhalb der Knie, die psoriatischen Stellen, bei totaler Glätte der Haut, noch längere Zeit durch ihre blafsrote Farbe erkennbar sind.

IX. 25jähriger junger Mann. An der Innenseite der Schenkel, an den Stellen wo sie mit dem Hodensack in Berührung kommen, sind handflächengrofse, stark juckende und schuppende Läsionen von gelblich roter Farbe, die einen das Hautniveau etwas überragenden lebhaft roten Saum besitzen. Erythrasma. Nach der ersten Einschmierung mit Unguentum Caseini cum Liantral hat das Jucken aufgehört, nach weiteren paar Einschmierungen stellt sich in 2—3 Tagen die totale Heilung ein.

Die Resultate dieser wenig zahlreichen Versuche beweisen schon, dafs wir im Unguentum Caseini cum Liantral ein in seiner Zusammenstellung sehr glückliches Präparat besitzen. Es hat sozusagen gar keine unangenehmen Nebenwirkungen, wenn wir nur nicht jene kleinsten Follikulitiden und mit wasserklarem Inhalt gefüllten Bläschen (Dermatitis artificialis), welche auf sehr gereizten und stark nässenden Hautstellen — wie in meinen Ekzemfällen — auftreten, als solche betrachten wollen. Bei längerem Gebrauch bilden sich aber auch diese unbedeutenden Komplikationen zurück. Unguentum Caseini cum Liantral ist vielleicht das einzige Teerpräparat, welches in so starker Koncentration (10%) sogar auf entzündeter und stark secernierender Haut mit bestem Erfolg angewendet werden kann, während der Teer in ähnlicher Stärke in anderer Form z. B. in gewöhnlichen Fettsalben an solchen Stellen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ganz sicher gefährliche Dermatitiden hervorrufen möchte. Wir sahen auch, in welcher Weise das Unguentum Caseini cum Liantral bei Erkrankungen ohne akute Entzündungserscheinungen, wie z. B. bei Prurigo Hebrae und bei Psoriasis, gute Dienste leisten kann. Allerdings dürfen wir nicht so voreingenommen sein, die rapide Besserung in meinen Prurigofällen ausschliefslich dem Unguentum Caseini cum Liantral zuzuschreiben. Es ist wohl allgemein bekannt, dafs bei kaum einer Dermatose die Sauberkeit und die in jeder Hinsicht rationelle Hygiene eine so grofse Rolle spielt, wie eben in der Therapie der Prurigo Hebrae. Aber wir müssen selbst nach Abwägung dieses Umstandes anerkennen, dafs bei den mitgeteilten Fällen, denen sich noch einige später behandelte anschliefsen, das Unguentum Caseini cum Liantral die Rolle eines die Heilung in vorzüglicher Weise befördernden Mittels gespielt hat.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 45, Heft 3. 1898.

I. **Zweite Mitteilung über „Pyodermite végétante"**, von H. Hallopeau-Paris. Der Verfasser hat in der Festschrift für F. J. Pick über einen Fall von „Pyodermite végétante" berichtet (vergl. Referat Bd. XXVII, pag. 85), dessen weiterer Krankheitsverlauf ihn zwingt, den Titel und die Schlüsse seiner ersten Mitteilung in der vorliegenden Arbeit abzuändern. Die Fortsetzung der Krankengeschichte jenes Falles wird im folgenden ausführlich beschrieben. Während in den zuerst befallenen Partien die Veränderungen sich mit denselben Charakteren zu entwickeln fortfuhren oder zurückgegangen sind, traten am unteren Rumpfteil und an den Extremitäten Blaseneruptionen auf, die von Anfang an von Hautvegetationen begleitet waren und excentrische Progression zeigen. Verfasser glaubt, dafs es sich um ein und dieselbe Krankheit handelt, die zwei verschiedene Formen annehmen kann, eine mit Blasen-, die andere mit Eiterbildung; aus diesem Grunde fühlt er sich veranlafst als erwiesen anzunehmen, dafs die Krankheit, die er unter dem Namen „Dermatitis pustulosa chronica in Herden mit peripherer Ausbreitung" und letzthin als „Pyodermite végétante" beschrieben hat, nichts anderes ist als eine eitrige Form des Pemphigus vegetans von Neumann. Nach der Ansicht des Verfassers stellt der Pemphigus vegetans Neumann eine eigene Krankheit dar. Da es jedoch Fälle giebt, in denen die ersten Veränderungen immer vesiko-pustulös sind, und keine Spur von einer Blaseneruption besteht, so schlägt er vor, bis man die nächste Ursache der Krankheitserscheinungen gefunden haben wird, die Bezeichnung „Pemphigus vegetans" durch den Namen „Neumannsche Krankheit" zu ersetzen.

II. **Bakteriologische Studien über den Gonococcus**, von S. Grosz und R. Kraus-Wien. Das Bestreben, durch die Serumtherapie alle Infektionskrankheiten günstig zu beeinflussen oder ihnen vorzubeugen, hat eine Reihe von Forschern veranlafst, auch hinsichtlich der Blennorrhoe Versuche an Tieren anzustellen, um zu entscheiden, ob der Gonococcusleib oder seine Stoffwechselprodukte giftig seien, und ob der blennorrhoische Prozefs durch ein eventuelles Immunserum Beeinflussung erfahre. Die Verfasser haben einmal diese Versuche einer Nachprüfung unterzogen und zweitens eigene, neue Versuche nach dieser Richtung hin an Tieren angestellt. — Das Resultat derselben ist: „Typhus-, Cholera-, Staphylococcus aureus-Agarkulturen auf 98° erhitzt hemmen das Wachstum der Gonokokken. Typhus-, Cholera-, Staphylococcus aureus-Bouillon zeigen diesbezüglich ein wechselndes Verhalten. Die auf 70° erhitzten Typhus-, Cholera-, Staphylococcus aureus-Leiber hemmen das Wachstum der Gonokokken nicht. Bei den Diphtheriekulturen konnte ebensowenig ein hemmender Einfluss konstatiert werden. Nährböden, auf welchen geimpfte Gonokokken nicht angegangen sind, erweisen sich für Typhus pyocyaneus, Staphylococcus aureus als durchaus geeignet. Gonokokkenkulturen, auf 98° erhitzt, die hierauf mit Pyocyaneus, Staphylococcus aureus, Bacillus coli beschickt wurden, hemmen das Wachstum dieser Bakterien nicht." In einer weiteren Versuchsreihe wollen die Verfasser die Frage der Immunisierung gegen den Gonococcus behandeln.

III. **Zur Kenntnis des Angiokeratoma (Mibelli)**, von Julius Wiśniewski-Warschau. Nach einem Überblicke über die einschlägige Litteratur teilt Verfasser

kurz die Krankengeschichte zweier hierher gehöriger Fälle aus Dr. Ehrmanns Privatpraxis mit und beschreibt ausführlich die Befunde der histologischen Untersuchung. — Die zum grofsen Teile mit den Befunden früherer Forscher übereinstimmenden Resultate werden in folgenden Sätzen zusammengefafst: 1. Das Angiokeratom ist eine Hauterkrankung, welche die Dorsal- und Seitenfläche der Hände und Füfse befällt, anatomisch charakterisiert ist durch eine von der Peripherie nach dem Centrum der Efflorescenzen zunehmende Erweiterung der Gefäfse, welche im Centrum den Charakter von Kapillaraneurysmen annimmt. 2. Das Angiokeratom erscheint meistens nach langandauernden und wiederholten Anfällen von Perniones, nur in einem Falle von Joseph und bei Ehrmann waren keine Perniones vor der Krankheit zu beobachten, so dafs man sagen kann, dafs diese Hautkrankheit vorwiegend auf Pernionenbasis hervortritt. Vor den Perniones schon sind die Finger und Zehen gewöhnlich cyanotisch, blau und etwas gedunsen, sodafs diese Periode als erste Vorstufe, Perniones als zweite, nach welchen nun das Angiokeratom erscheint. 3. Diese Hautkrankheit erscheint nur bei jungen Individuen, sodafs Vidals Fall bei einer 31jährigen Frau der älteste und Josephs bei einem 9jährigen Mädchen bisher der jüngste Angiokeratomkranke war. 4. Ob Angiokeratom in Verbindung mit Tuberkulose steht, ist sehr zweifelhaft; man kann nur das bemerken, dafs zwei Fälle von Angiokeratom bei Phthisikern konstatiert wurden, dafs aber viele der beschriebenen Fälle an Anämie verschiedener Ursache gelitten zu haben scheinen (Fox und Ehrmann). Bei Phthisikern kann man Parese der Gefäfse besonders an der Nasen- und Fingerspitze beobachten, welche auch bei Perniones hervortritt, wodurch das Angiokeratom bei Phthisikern leicht erklärlich wird. 5. Die Gefäfsdilatationen, welche schon mit dem unbewaffneten Auge zu sehen sind, kann man als Aneurysmen der Blutgefäfse und nicht als einfache Hämorrhagien betrachten, weil das Endothel auf dem gröfsten Teile der Blutgefäfswand zu sehen ist. 6. Die Schichten der Epidermis sind nicht gleichmäfsig verdickt, nur in den flachen Efflorescenzen sind die Epidermisschichten fast gleichmäfsig vergröfsert, hyperplastisch, die Blutgefäfsdilatationen erreichen hier keine solche Gröfse, wie in den centralen Teilen. Auch Haarbälge und Talgdrüsen kann man in den peripheren Teilen noch beobachten, Ausführungsgänge von Schweifsdrüsen sind aber nicht zu sehen.

IV. **Über das Resorptionsvermögen der normalen Haut,** von Gustav Brock-Charlottenburg. Um das Resorptionsvermögen der normalen Haut festzustellen, prüfte man zumeist, ob Substanzen, die man in irgend einer Form auf die Haut brachte, im Urin ausgeschieden wurden. Die Methode ist mit vielen Fehlerquellen behaftet, welche bei dem direkten, nur relativ selten bisher eingeschlagenen Wege der mikroskopischen Betrachtung zum Teil ausgeschlossen sind. Aus diesem Grunde hat Verfasser seine Untersuchungen angestellt. Dabei verfuhr er in der Weise, dafs er gewisse, teils durch ihre Färbung, teils durch mikrochemische Reaktion erkennbare Substanzen auf die Haut der zum Versuche dienenden Tiere und Menschen brachte und dann die betreffenden Hautstellen der mikroskopischen Durchmusterung unterwarf. Die kritische Betrachtung der früheren Untersuchungen wie das Ergebnis seiner eigenen Experimente berechtigen Verfasser zu folgender Stellungnahme in der Frage des Resorptionsvermögens der Haut: 1. Lösliche, nicht flüchtige Substanzen können von der Haut aus durch die kataphorische Wirkung des galvanischen Stroms zur Resorption gebracht werden. 2. Von flüchtigen Substanzen vermögen sicher einzelne die normale Haut zu durchdringen. 3. Für alle anderen chemischen Körper kann die Haut nur nach Veränderung ihrer Struktur als Eingangspforte in den Organismus dienen. *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Juni 1898.

I. **Kongenitale bullöse Dermatitis mit Hautcysten**, von JOHN T. BOWEN-Boston. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der ein 12jähriges Mädchen betrifft. Von der dritten Lebenswoche an zeigte sie mit geringer Unterbrechung grofse und kleine Blasen, häufig mit blutigem Inhalt, symmetrisch an gewissen Körperstellen auftretend, wie an den Streckseiten der Ellenbogengelenke, Rücken der Hände und Finger und der Handgelenke, an der vorderen Fläche der Kniegelenke und am Fufsrücken. Gelegentlich bemerkte man auch Efflorescenzen im Gesichte, auf der Mundschleimhaut, an den Handtellern und der Vorderfläche der Unterschenkel. Solche Blasen entwickelten sich nicht selten auf die leiseste Verletzung (durch Stofs, Schlag) hin. An den Stellen wo diese Blasen wiederholentlich in grofser Zahl aufgetreten sind, ist die Haut hyperämisch und etwas verdickt und zeigt vereinzelte, wenn auch schwache Narben. In diesen Bezirken, dem Sitze wiederholter Blaseneruptionen, sieht man Efflorescenzen, welche Milien sehr ähnlich sind. Dieselben zeigen Tendenz sich zu gruppieren und Kreise zu bilden. Sie treten am deutlichsten über den Hand- und Fingergelenken hervor. Ihre Gröfse wechselt zwischen Stecknadelkopf- bis Kleinerbsengröfse. Sie fühlen sich fest an, sehen weifslich aus und fördern auf Druck eine weiche, käsige Substanz zu Tage. Im Gesichte sind solche Knötchen nicht zu sehen. Ganz frei von der Affektion sind Stamm, Oberschenkel und Arme mit Ausnahme der Ellenbogengelenke. Intensives Jucken pflegt die Eruption von Blasen zu begleiten. — Verfasser bespricht die Diagnose und vergleicht seine Fälle mit analogen Fällen aus der Litteratur.

II. **Prostatorrhoea simplex und Urethrorrhoea ex libidine**, von F. R. STURGIS-New York. Der Verfasser definiert die Prostatorrhoe als die Absonderung einer dünnen, milchig weifsen, meist sauer, selten neutral reagierenden, nicht zähen, noch klebrigen Flüssigkeit, welche keinerlei Elemente einer Entzündung, wie Eiterzellen oder Leukocyten, wohl aber, wenn auch nicht konstant, amyloide Körper enthält. Die wirkliche Prostatorrhoe ist die Folge einer Reizung der Prostatafollikel, und nicht, wie vielfach geglaubt wird, der Ausdruck einer akuten oder chronischen Prostatitis oder Blennorrhoe. Die Ursache liegt vielmehr in geschlechtlichen Excessen besonders Masturbation und im Coitus reservatus, durch welchen die Genitaldrüsen in einen stark erregten hyperästhetischen Zustand versetzt werden, ohne die durch die Ejakulation hervorgerufene Erleichterung zu erfahren. Eine weitere Ursache der Prostatorrhoe ist bisweilen intensives Reiten oder Radfahren. Der Verfasser beschreibt die Symptomatologie und den Verlauf der Prostatorrhoe. Dieselbe ist in Wirklichkeit nicht so häufig, als man gemeiniglich annimmt. Viele Fälle von Spermatorrhoe sind als Prostatorrhoe beschrieben worden. Wo sich im Sekrete Spermatozoen finden, kann man auf alle Fälle einfache Prostatorrhoe ausschliefsen. Bei der letzteren ergiebt die digitale Untersuchung der Prostata per rectum gewöhnlich ein negatives Resultat. — Die Prognose ist fast in allen Fällen günstig, wenn auch der Verlauf oft langsam und schleichend ist. — Die Behandlung ist zuerst auf die Beseitigung der Ursache zu richten. Innerlich leisten namentlich bei sexuellen Schwächezuständen infolge von Onanie Eisen, Chinin, Strychnin Gutes. Vorteilhaft ist Bewegung im Freien, Spazierengehen, Rudern, Schwimmen. Lokal sind Sondierungen mit kalten Sonden oder dem WINTERNITZschen Psychrophor nützlich. Auf regelmäfsigen, leichten Stuhlgang, um jedes Pressen zu vermeiden, mufs streng geachtet werden. Doch sind drastische Abführmittel zu vermeiden. — Die Urethrorrhoea ex libidine ist mit der Prostatorrhoe nicht zu verwechseln und mufs auch von jener Urethrorrhoe unterschieden werden, welche DIDAY als von geschlechtlichem Verkehr mit einem menstruierenden Weibe

herrührend beschrieben hat. Die hier in Rede stehende Uretrorrhoe wird gewöhnlich durch unbefriedigte sexuelle Aufregung, besonders wenn sie von häufigen Erektionen begleitet ist, verursacht. Aufserdem kann sie eine Folge von Masturbation und Coitus reservatus sein, die zu einer Reizung der Urethralschleimhaut mit Hypersekretion der Littréschen und Cowperschen Drüsen führen und diese veranlassen können, ihr Sekret reichlicher als gewöhnlich zu ergiefsen. Der Druck, welchen gewaltsame und kontinuierliche Erektionen auf diese Drüsen ausüben, unterstützt direkt ihre Hypersekretion, die so oft von den Patienten als Tripper oder Samenfluſs angesehen wird. — Das erste Zeichen, welches die Aufmerksamkeit des Patienten beim Erwachen am Morgen auf sich zieht, ist ein dünner, durchsichtiger, klarer Tropfen an der Spitze des Penis. Da die Flüssigkeit klebrig und etwas zäh ist, so kommt es vor, daſs der Eingang der Harnröhre zuweilen verklebt ist. Meistens ist gleichzeitig eine Erektion vorhanden. Das Sekret enthält mikroskopisch einige flache oder runde, nicht cylindrische Epithelzellen der Harnröhrenschleimhaut, Schleimkörperchen, freien Schleim, aber keine Eiterzellen, Spermatozoen, Spermakrystalle, auch keine Amyloidkörperchen. Der an sich ganz unbedenkliche Zustand wirkt zuweilen, wenn er, wie dies meistens der Fall ist, lange anhält und der Behandlung hartnäckig widersteht, derart deprimierend auf die Patienten, daſs dieselben sich für impotent halten, während in Wirklichkeit die sexuellen Funktionen fast gar nicht alteriert sind. Vorausgesetzt wird hierbei, daſs nicht gleichzeitig irgend eine akute oder chronische Urethritis oder Prostatitis besteht oder kurz vorher bestanden hat. — Die Behandlung muſs ebenso wie bei der Prostatorrhoe zunächst auf die Beseitigung einer Ursache des Leidens gerichtet sein. Sedativa, namentlich Bromkalium, sind bei häufigen Erektionen zu empfehlen, dagegen soll man nicht ohne zwingenden Grund Einspritzungen in die Harnröhre machen, wodurch leicht Entzündung entstehen und die vorher unbedeutende Absonderung in einen richtigen schleimig-eitrigen Ausfluſs verwandelt werden kann. Der psychische Zustand des Patienten wird dann noch verschlimmert. Meist verliert sich, sobald die Patienten die Versicherung erhalten haben, daſs es bei dem klaren Tropfen sich nicht um Samen- oder Tripperausfluſs handle, und deshalb weniger ängstlich sich beobachten, der Zustand auch ohne jede lokale Behandlung. Der Verfasser bespricht sodann die Differentialdiagnose zwischen Spermatorrhoe, Prostatorrhoe, Urethrorrhoe und Blennorrhoe. In zweifelhaften Fällen hat das Mikroskop die Diagnose sicher zu stellen.

III. **Nierenveränderungen bei Syphilis**, von J. Justus-Budapest. Man kann zwei Formen der Nierensyphilis unterscheiden und zwar eine mit sekundären syphilitischen Erscheinungen gleichzeitig oder im sekundären Stadium der Syphilis und eine zweite im tertiären Stadium oder mit tertiären Symptomen gleichzeitig auftretende Form. Als Kriterien der frühen Form von Nierensyphilis sind anzusehen 1. daſs vor Eintritt der Infektion die Nieren gesund gewesen sind; 2. daſs mit den Syphiliserscheinungen auch Nierensymptome sich eingestellt haben; 3. daſs die letzteren durch eine antisyphilitische Kur im Verlaufe oder am Ende der Quecksilberbehandlung sich gebessert haben oder völlig verschwunden sind. — Unter den 247 untersuchten Patienten zeigten 22 während ihres Aufenthaltes im St. Stephanshospital Albuminurie. Von diesen waren 17 gleichzeitig mit frühen Erscheinungen der Syphilis behaftet; und zwar hatten 6 harten Schanker mit Vergröſserung der Drüsen, 11 Syphilis maculosa et papulosa. Der gröſsere Teil der Patienten war vor dem Eintritt ins Hospital noch nicht behandelt worden. Die Albuminurie war im allgemeinen von kurzer Dauer und verschwand, mit Ausnahme eines einzigen Falles, im Verlaufe der Quecksilberbehandlung gleichzeitig mit den anderen sichtbaren Syphiliserscheinungen. Die Resultate stimmen mit denjenigen anderer Autoren fast vollständig überein. — Für die

spätere Form der Nierensyphilis lassen sich die oben erwähnten Kriterien nicht immer diagnostisch verwerten. In einigen der vom Verfasser beschriebenen Fälle dieser Form konnte der syphilitische Charakter der Nierensymptome nur durch die erfolgreiche spezifische Behandlung festgestellt werden. Lediglich aus ihren klinischen Merkmalen die Nierensyphilis zu diagnostizieren, ist nicht möglich, da die Nephritiden syphilitischen Ursprunges sich weder klinisch noch pathologisch-anatomisch von den aus anderen Ursachen herrührenden Nierenentzündungen unterscheiden.

Juli 1898.

I. **Trophische Dermatosen im Gefolge von Frakturen**, von Joseph Zeisler-Chicago. Malgaigne hatte in seiner Abhandlung über die Frakturen (1847) die Mitteilung eines sächsischen Dr. Günther, daſs ein junger Mann mit einer Fraktur des rechten Fuſses ein viel langsameres Wachsen der Nägel des kranken als des gesunden Fuſses wahrgenommen habe, für eine Phantasie des Arztes oder des Patienten erklärt. Jedoch mit Unrecht. Verfasser hat an sich selbst dieselbe Wahrnehmung gemacht. Am 6. August 1896 acquirierte er eine Fraktur des rechten Oberschenkels, und begann, angeregt durch die erwähnte Stelle im Malgaigneschen Buche, das Wachstum seiner Zehennägel genau zu beobachten. Auch die Krankenwärterinnen wurden angewiesen, ihre Aufmerksamkeit darauf zu richten. Vorher waren die Nägel ganz kurz geschnitten worden. Diejenigen des linken Fuſses wuchsen langsam innerhalb der nächsten vier Wochen und konnten am Rande etwas abgeschnitten werden. Die Nägel des kranken Beines dagegen hatten nach Verlauf von sechs Wochen noch nicht das geringste Wachstum gezeigt. Während Verfasser die Beobachtung Günthers bestätigt fand, vermochte er dessen Erklärung dieser Erscheinung nicht zu acceptieren. Günther hatte in seinem Falle das Wiederwachsen der Nägel mit der Konsolidation des frakturierten Knochens in Zusammenhang gebracht. Würde sich dies wirklich so verhalten, so wären beim Verfasser die Nägel gar nicht nachgewachsen, weil bis zum heutigen Tage eine Konsolidation der Bruchstelle nicht eingetreten ist. Nach der Ansicht des Verfassers ist der Stillstand im Wachstum der Nägel einfach das Resultat einer schlechten Ernährung und allgemeinen Atrophie der Extremität. So lange das Bein durch dicke, feste Bandagen eingeengt ist und sich in beständiger horizontaler Lage befindet, leiden die Nägel in ihrer Ernährung. Mit der Entfernung der Bandagen tritt durch Massage und sanfte Bewegungen eine bessere Blutversorgung und damit ein rascheres Wachsen der Nägel ein.

II. **Über den praktischen Gebrauch des Endoskops**, von H. G. Klotz-New York. Der Verfasser erörtert zunächst die Gründe, weshalb das Endoskop bei der Diagnostizierung und Behandlung der chronischen Erkrankungen der Harnröhre nicht diejenige allgemeine Anwendung gefunden hat, welche sie verdiente. Er giebt sodann einen kurzen Überblick über die verschiedenen Instrumente, Beleuchtungsapparate und über die Methoden, welche bei der Endoskopie am meisten zur Anwendung gekommen sind. Hierauf erörtert er sehr eingehend die Frage nach dem praktischen Werte der Urethroskopie, einmal hinsichtlich der Diagnose und zweitens in Beziehung auf die Behandlung der Harnröhrenerkrankungen. Ein Endoskop mit möglichst weitkalibriger Tube entdeckt den Sitz und die Natur, zuweilen aber das gänzliche Fehlen pathologischer Zustände. Zuerst kann man direkt die Oberfläche der Schleimhaut längs des ganzen Urethralkanals sehen, die Verschiedenheiten in der Farbe, Glätte, Festigkeit der Epitheldecke wahrnehmen. Man bemerkt den Zustand der Schleimdrüsen, besonders der Morgagnischen Lakunen, beurteilt direkt die Konsistenz der Schleimhaut, ob sie normale Elastizität besitzt, oder abnorm feucht oder ödematös, ob sie teilweise oder im ganzen ihres Epithels beraubt ist. Man kann

beobachten, ob das Epithel in dem tieferen Teile normal cylindrisch oder Pflasterepithel ist etc. etc. Zumeist sind es chronisch entzündliche Zustände der Harnröhren schleimhaut und die verschiedenen durch dieselbe hervorgerufenen Veränderungen, welche das Beobachtungsmaterial der Endoskopie bilden. — Was die therapeutische Anwendung des Endoskops betrifft, so ist sein Wert ein dreifacher: 1. die Feststellung der Natur und des Ortes der pathologischen Zustände giebt höchst zuverlässige Anhaltspunkte für die Wahl und die Stärke der Mittel, welche die besten und raschesten Resultate versprechen; 2. die Applikation der Mittel ist eine streng auf die erkrankten Partien lokalisierte und deshalb auch viel wirksamere; 3. man kann mittelst des Endoskops auch jede andere Behandlung auf ihren Erfolg genau kontrollieren.

III. **Über die Behandlung der akuten Blennorrhoe**, von G. Knowles Swinburne. Verfasser hat in einer grofsen Zahl von Fällen akuter und chronischer Blennorrhoe mit der Janetschen Methode gute Erfolge erzielt. Allerdings vermeidet er jede Anwendung von Gewalt, um den Widerstand des Schliefsmuskels zu überwinden. Zunächst gewöhnt er den Patienten an gründliche Ausspülung der vorderen Harnröhre, wobei der Kranke bald lernt den Musculus compressor urethrae durch den Versuch zu urinieren zur Erweiterung zu zwingen. Auf diese Weise fliefst die Flüssigkeit ohne Gewaltanwendung in die Blase. Die Stärke der Lösung übersteigt selten 1:2000 für die vordere und 1:4000 für die hintere Urethra. Der Gebrauch eines Katheters für die Pars posterior urethrae wird möglichst vermieden. Seit 1½ Jahren kombiniert Verfasser mit den Janetschen Irrigationen in Fällen akuter Blennorrhoe der vorderen Harnröhre die Injektion einer 10%igen Argoninlösung, von der nach vorangegangener Irrigation eine gewöhnliche Spritze voll in die Harnröhre eingespritzt und 5—10 Minuten lang darin behalten wird. Die Vorteile dieser Behandlung, die vom Arzt selbst auszuführen ist, sind: 1. Rapide Verminderung des Ausflusses; 2. Nachlafs der Entzündung; 3. Rasches Verschwinden der Gonokokken. Man höre mit der Behandlung nicht zu bald auf, da Ausfluſs und Gonokokken leicht wiederkehren. — Die Behandlung einiger Fälle mit Protargol hat dem Verfasser nicht so gute Resultate geliefert, wie die mit 10%iger Argoninlösung.

IV. **Monochlor-Essigsäure bei der Behandlung des Xanthoma**, von J. C. McGuire-Georgetown. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle, von denen der erste eine 88jährige, sonst gesunde Frau betraf. Dieselbe bekam im Anschluſs an Gelbsucht vor vier Jahren gelbe, erhabene Flecken am unteren Augenlide. Dieselben wuchsen allmählich und hatten zur Zeit, als sie Verfasser zum ersten Male vor einem Jahre beobachtete, die Gröfse von Kaffeebohnen erreicht. Die Säure wurde mehrere Male auf jede Stelle appliziert. Innerhalb eines Monats war die Affektion vollständig verschwunden.

V. **Zwei Fälle von Syphilis**, von E. R. Owings. Der erste Fall ist interessant wegen der Genauigkeit, mit der bei der Patientin die Infektion auf eine Schleimpapel im Munde ihres Ehemannes zurückgeführt werden kann. Die Patientin zeigte eine grofse Induration an der linken Seite der Unterlippe, aufserdem stark vergröfserte Submaxillar- und Cervikaldrüsen. — Der zweite Fall dient als Beispiel von aufserordentlicher Malignität der Syphilis bei einem Manne, der vor Eintritt der syphilitischen Infektion ein sehr kräftiger und intelligenter Mensch gewesen ist und von Beginn der Krankheit an nichts verabsäumt hatte, was zur Heilung derselben beitragen konnte.

VI. **Melancholie der Leprösen**, von A. S. Ashmead-New York. Hansen hatte in einem Briefe (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.* 26. Febr. 1898) die in Frage stehende Melancholie als eine Erfindung Ashmeads bezeichnet. Daraufhin citiert der Verfasser zur Bekräftigung seiner Ansicht Prof. Meschedes, der auf dem internationalen

medizinischen Kongreſs in Moskau in der Sektion für Neurologie folgende diesbezügliche Bemerkung gemacht hatte: „Ich glaube, daſs die Lepra einen direkten Einfluſs auf die Entwickelung von Dementia ausübt, wobei die cerebralen Erscheinungen von irgendwelchen irritierenden, durch den Hansenschen Leprabacillus oder seine Toxine hervorgerufenen Läsionen des Nervensystems herrühren. Ich stütze diese Theorie auf einen Fall von Psychose, mit der ich neulich einen Leprösen behaftet sah.“ Dieser Fall wird im folgenden ausführlich mitgeteilt.

August 1898.

I. **Über die Indikationen und die Auswahl der operativen Eingriffe bei Tuberkulose der Niere**, von Roswell Park-Buffalo. Je früher eine an Tuberkulose erkrankte Niere entfernt wird, desto günstiger ist die Prognose. Es kommt deshalb zuerst darauf an, rechtzeitig eine sichere Diagnose zu stellen und sich zu vergewissern, ob nur eine oder beide Nieren tuberkulös erkrankt sind. In letzterem Falle würde die operative Entfernung einer Niere eher schaden als nützen. Man muſs ferner wissen, ob noch andere Organe, namentlich die benachbarten gleichzeitig an Tuberkulose miterkrankt sind. Der Erfolg einer Operation an der Niere wird dadurch zweifelhafter und die Prognose im allgemeinen schlechter. — Der Procentsatz der Fälle, in welchen die Niere Sitz nur eines vereinzelten oder isolierten tuberkulösen Herdes ist, ist auſserordentlich gering im Vergleich zu der Zahl der Fälle, in denen die Herde multipel und disseminiert sind. Aus diesem Grunde, und weil die Feststellung eines einzelnen Herdes in der Niere sehr schwierig, wird man von partieller Nephrektomie fast immer Abstand nehmen müssen. — Der Verfasser bespricht die verschiedenen Operationsmethoden, bei denen der Chirurg entweder intra- oder extraperitoneal arbeitet. Die Mehrzahl der Operateure wählt die relativ leichte, am wenigsten gefährliche Methode, wie sie König angegeben hat.

II. **Vereinfachung der Technik des perinealen Schnittes. Beschreibung neuer Instrumente und Bericht über 116 Fälle**, von O. Horwitz-Philadelphia. Der Verfasser beschränkt seine Betrachtungen auf zwei Zustände der Harnröhre: 1. wo die Pars membranacea urethrae der Sitz einer Striktur von so kleinem Kaliber ist, daſs eine filiforme Bougie eben noch passieren kann; 2. wo die Striktur kein Instrument mehr passieren läſst und die Blase ohne Wegweiser erreicht werden muſs. Die rasche Erleichterung die der Patient nach der Operation erhält, hängt viel von einer vorbereitenden Behandlung ab. Wenn es die Zeit gestattet, soll der Patient sich 4—6 Tage vor der Operation vollständig ruhig im Bette verhalten, eine blande Diät beobachten, nur leicht verdauliche Speisen genieſsen und auf regelmäſsigen Stuhl achten. Eine sorgfältige bakteriologische, mikroskopische und chemische Untersuchung des Urins soll den Zustand der Blase und der Nieren feststellen. Bei pathologischen Erscheinungen ist die Operation aufzuschieben, und der Patient vorher auf die Blasen- und Nierensymptome hin zu behandeln. Verfasser beschreibt eine Reihe von Instrumenten, die für den perinealen Schnitt sehr zweckmäſsig sind, erörtert eingehend das Operationsverfahren und giebt ein kurzes Resumé über 116 Operationen. Fünf Patienten starben und zwar zwei an Urämie, welche sich 13—15 Tage nach der Operation entwickelt hatte; einer an Abscefs der Niere; einer an Suppressio urinae; einer an Sepsis. In 21 Fällen war infolge von Striktur Ruptur der Urethra mit Urinextravasation vorhanden. In 12 Fällen war die Striktur traumatischen Ursprunges und gänzlich undurchgängig etc. Bei 116 Operationen zeigten also 28 Fälle Komplikationen der einen oder anderen Form nach der Operation; die übrigen genasen ohne Zwischenfall. Die Dauer der Operation betrug unter dem verbesserten Operationsverfahren 15—40 Minuten. Zur Zeit der Operation zeigten 35 Fälle eine mehr oder

weniger heftige chronische Cystitis; 8 Nierenkomplikationen; 2 Herzfehler; 4 Inguinalhernien; 1 Hydrocele; 5 hatten tertiäre Syphilis, von denen einer eine Rektalstriktur hatte. In 6 Fällen wurde die interne Urethrotomie notwendig, bevor der Perinealschnitt ausgeführt wurde.

III. **Ein Fall von Cystitis infolge von Colon-Bacillus, kompliziert mit Phosphatsteinen,** von G. K. Swinburne-New York. Der Patient war im Oktober 1896 wegen einer Inguinalhernie operiert worden. Am zweiten Tage nach der Operation bekam er akute Retentio urinae und mufste drei Tage lang behufs Entleerung der Blase katheterisiert werden. In der darauffolgenden Zeit litt der Patient an Harndrang, begleitet von Blutungen am Ende des Urinierens, häufig an intensiven Schmerzen im Perineum und an der Penisspitze. Bei dieser Gelegenheit pflegte ein kleiner Stein die Harnröhre zu passieren, worauf Erleichterung in den Beschwerden eintrat und das Urinieren glatt von statten ging. Als der Patient in die Behandlung des Verfassers kam, war er infolge der andauernden Beschwerden stark abgemagert. Der Urin war wolkig, enthielt viel Eiter und Schleim, zeigte mikroskopisch Eiterzellen, rote Blutkörperchen und Krystalle von Tripelphosphat. Die Prostata war vergröfsert, auf Druck äufserst gespannt; mit dem Finger liefs sich eine beträchtliche Menge Sekret ausdrücken. Da das Einführen eines Katheters in die Blase mit grofsen Schmerzen verbunden war, so wurden Irrigationen nach Janet vorgenommen. Höllensteinlösungen (1 : 8000), Lösungen von permangansaurem Kalium (1 : 4000), Sublimatlösungen (1 : 30000) erwiesen sich noch zu schmerzhaft, weshalb warme Borsäurelösungen eingegossen wurden, die Patient besser vertrug und von denen er recht bald grofse Erleichterung hatte. Der Urin bekam ein besseres Aussehen, der Appetit wurde stark und der Patient nahm rasch an Gewicht wieder zu. Einige Attacken von Cystitis und Harnbeschwerden wurden rasch durch Irrigationen beseitigt. Medikamentös erhielt der Patient Urotropin, das auf die Steinbildung, wie Klärung des Urins günstige Wirkung ausgeübt hat. Der Patient ist gegenwärtig von allen seinen Beschwerden befreit. Das gute Befinden hält bereits seit Monaten an und deutet auf vollständige Heilung hin. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Heilserum, Immunität und Disposition, von J. Froehlich. (München, 1898. Seitz & Schauer.) Die Begriffe der „Immunität" und der „Disposition" erfahren in diesem Büchlein eine recht eigenartige und originelle Beleuchtung, welche freilich nirgends die prinzipielle Geringschätzung der Bakteriologie und der Serumtherapie verkennen läfst. Die natürliche Immunität ist nichts anderes als die ungestörte Einheit der normalen Zelle, die Disposition der Verlust dieser natürlichen Einheit. Antitoxine sind nichts anderes als die auch im Normalzustande erzeugten Selbstgifte gewisser antagonistischer Zellen oder Organe, welche auch in gesunden Tagen die Toxine antagonistischer Zellen neutralisieren oder binden. — Näheres mag in dem immerhin lesenswerten Werkchen nachgelesen werden. *J. Bloch-Berlin.*

Handbuch der Anatomie des Menschen. Herausgegeben von Karl von Bardeleben. VII. Band, II. Teil, 2. Abteilung. **Die Muskeln und Fascien des Beckenausganges,** von M. Holl. (Jena, 1897. Gustav Fischer.) Das schwierige

Terrain des Beckenausganges, dessen Kenntnis besonders jedem operativ thätigen Urologen unentbehrlich ist, wird vom Verfasser in klarer Weise anatomisch dargelegt und durch zahlreiche Illustrationen erläutert. Im ersten Teil werden die Muskeln des Beckenausganges, und zwar getrennt diejenigen des Mannes und diejenigen des Weibes abgehandelt, im zweiten Teile die Fascien. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, herausgegeben von Georg Liebe, Paul Jacobsohn, George Meyer. I. Band, II. Abteilung, 1. Lieferung. (Berlin, 1898. August Hirschwald.) Der vorliegende umfangreiche Band des zeitgemäßen Werkes über Krankenversorgung und Krankenpflege bringt die Besprechung der Spezialkrankenhäuser, Rekonvalescenten- und Siechenanstalten. Es sind bearbeitet die Spezialkrankenhäuser für ansteckende Kranke von Levy und S. Wolf, für Lungenkranke von Georg Liebe, für Syphilitische und Lepröse von A. Blaschko, für Geisteskranke von Lewald, für Nervenkranke von Wildermuth, für Trinker von Flade, für Frauen von Brennecke, für Kinder von Schmid-Monnard, für Blinde und Augenkranke von Silex, für Taubstumme und Sprachgebrechliche von Gutzmann, für Krüppel von Rosenfeld. Alle Arbeiten sind zweckentsprechend und anregend geschrieben, berücksichtigen die Anstalten und die in ihnen übliche therapeutisch-diätetische Fürsorge in befriedigender Weise. — Die Leser dieses Blattes wird natürlich in erster Reihe die Arbeit von Blaschko interessieren, die relativ kurz ausgefallen ist. Er bespricht zunächst die Fürsorge für die venerisch erkrankten Prostituierten, die Einschreibung oder Registrierung, die sanitätspolizeiliche Untersuchung und die Zwangsheilung in einer kleinen Skizze. Über die Frage, ob die Untersuchung auf Blennorrhoe und die Behandlung der letzteren zweckmäßig ist, enthält sich Verfasser eines endgültigen Urteils. Von den Krankenhäusern für venerische Prostituierte werden diejenigen in Kopenhagen (Vestre-Hospital) und in Kiel genauer geschildert. Die Besprechung der Fürsorge für die übrigen venerischen Kranken gipfelt in einem Wunschzettel, einer Darstellung der für eine ausreichende Fürsorge nötigen Maßnahmen. — Die Versorgung der Leprösen ist von historischen Gesichtspunkten etwas knapp dargestellt. Eine Zusammenstellung der bedeutendsten heutzutage vorhandenen Leproserien wäre wohl in diesem Werke recht erwünscht gewesen. Näher eingegangen wird nur auf die russische Leprakolonie in Krutija Rutschj im Gouvernement St. Petersburg. Vorschläge für ein „Lepragesetz" für Deutschland bilden den Schluß. — Die Rekonvalescenten-Anstalten sind von Flade, die Siechenanstalten von Eschbacher bearbeitet. — Im ganzen ist der vorliegende Teil des Gesamtwerkes durchaus geeignet, dessen Wert in ein günstiges Licht zu stellen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Hugo Kafka-Wien. (München, 1898. J. F. Lehmann.) Wieder liegt vor uns eine Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, für deren Erscheinen auch nicht das geringste Bedürfnis vorlag. Das kurz gehaltene, alphabetisch nach den Krankheitsbezeichnungen geordnete Buch bietet die an der Abteilung Mračeks gebräuchliche Therapie, welche wenig neues bringt. Wie ganz anders in Qualität und Quantität erscheint dagegen Leistikows Therapie der Hautkrankheiten, die einem wirklichen Bedürfnis abhalf. Gleichwohl sei der Fleiß des Herausgebers anerkannt. Das Buch wird wohl kaum dauernd die Marken Wiens überschreiten. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Abteilung für Syphilis- und Hautkranke des Bosnisch-Herzegowinaschen Landesspitals in Serajewo, von Leopold Glück. (Wien, 1898. Josef Šafář.) Die Abteilung für Syphilis- und Hautkranke in Serajewo enthält

77 Betten und ist in jeder Beziehung gut ausgerüstet. Die Leistungen in derselben werden durch den vorliegenden Bericht, der sich auf die Zeit vom 1. Juli 1894 bis 31. Dezember 1896 erstreckt, illustriert. Ambulatorisch behandelt wurden in diesem Zeitraum 2859 Kranke, klinisch 1847. Im speziellen Teil berichtet Verfasser über die verschiedenen Krankheitsfälle, die bei ihnen geübte Therapie und die erzielten Erfolge. Einige seltene dermatologische Fälle finden sich darunter, so ein Favus trunci et extremitatum (geheilt), ein Pemphigus vegetans (gestorben), eine Ichthyosis serpentina nigricans (Photographie beigefügt). Der Bericht über die venerischen Krankheitsfälle bringt eine Reihe ausführlicher Krankengeschichten, zum Teil mit Abbildungen. — Findet sich schon in diesem Bericht vieles, was denselben lesenswert macht, so wird der Wert der Mitteilungen erhöht durch drei Originalarbeiten:

Erythema exsudativum multiforme bei Syphilis, von Leopold Glück. Durch fünf Krankengeschichten zeigt Verfasser, dafs das Erythema multiforme in den verschiedenen Stadien der Syphilis unter Einfluſs des syphilitischen Virus auftreten kann. Stets handelte es sich um weibliche Kranke; zweimal war es ein einfaches Erythema multiforme, einmal ein Erythema nodosum, zweimal ein gemischtes Bild, welches die Lues als Komplikation begleitete. In einem Falle war gerade das erste luetische Exanthem ausgebrochen, zweimal handelte es sich um Recidive, einmal um tertiäre Syphilide; einmal trat das Erythem im Latenzstadium auf.

Zur Statistik, Ätiologie und Prophylaxe des Kopfgrindes in Bosnien und Herzegowina, von Leopold Glück. Schon als Vortrag auf der 66. Naturforscherversammlung in Wien mitgeteilt.

Die Behandlung der Syphilis mit variabel dosierten intramuskulären Sublimatinjektionen, von Oscar Hildes. Unter variabel dosierten Sublimatinjektionen versteht Verfasser folgendes von Glück angewendetes Verfahren: Nach Eintritt der Allgemeinerscheinungen wird eine 1%ige Sublimatinjektion gemacht, tags darauf eine 2%ige, weitere drei Tage später eine 3%ige. Ist noch keine Tendenz zur Rückbildung vorhanden, dann wird wiederum nach drei Tagen eine 4%ige und eventuell nach vier Tagen eine 5%ige Injektion gemacht. In der Regel ist dann alles geschwunden oder im Rückgang. Man setzt darum dann auch die Dosen unter Innehaltung der entsprechenden Intervalle allmählich wieder herab, bis man zur 1%igen Injektion gelangt ist. Nur in besonders hartnäckigen Fällen mufs man mehrere 5%ige Injektionen in fünftägigen Intervallen machen. — Nach diesem Schema wurden 155 Kranke behandelt, deren Krankengeschichten wiedergegeben werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Schweifsfriesel, von H. Immermann. (*Spez. Pathol. u. Ther.*, hrsg. von Nothnagel. V. Bd., IV. Teil, 3. Abteilung. Wien, 1898. Alfred Hölder.) Auf Grund eingehender Litteraturstudien giebt Verfasser eine Darstellung der Febris miliaris, einer bei uns fast vergessenen Krankheit. Am interessantesten ist der historisch-geographisch-epidemiologische Teil, wobei Verfasser auch eingeht auf die Beziehungen zu dem im 15. Jahrhundert zuerst auftretenden, verheerenden Sudor anglicus, der in 5 Pandemien auftrat, zuletzt im Jahre 1551. Den modernen Schweifsfriesel finden wir zuerst im zweiten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts, also 160 Jahre nach der letzten Epidemie des Sudor anglicus. Was in der Zwischenzeit als Friesel bezeichnet wird, deckt sich nicht mit der epidemischen Miliaria febrilis. — Auf diese Erörterungen folgt dann eine Zeichnung der Ausbreitung und des Verlaufs der historisch bekannten Schweifsfrieselepidemien bis in die neueste Zeit. — Auf den weiteren Inhalt des Werkes kann hier natürlich nicht weiter eingegangen werden, es mufs auf das das Thema erschöpfende Original verwiesen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der Reichsmedizinal-Kalender, begründet von Dr. P. Börner, für das Jahr 1899 (Leipzig, Georg Thieme) ist erschienen. Es erscheint kaum nötig, dem beliebten Buche empfehlende Worte mit auf den Weg zu geben. Von für uns bemerkenswerten Artikeln seien angeführt: Liebreich, Mittel zur subcutanen Injektion und ihre Anwendung. Bertz, Alphabetisches Verzeichnis und Charakteristik der wichtigsten Bade- und Kurorte. Therapeutische Notizen aus Prof. Dr. Lassars Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis. Bertz, Die gebräuchlichsten medizinischen Bäder (Balnea medicata). Leonh. Voigt, Die Technik der Impfung. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Lokalisiertes Schwitzen und Erröten beim Essen, von P. Weber. (*Brit. med. Journ.* 30. Okt. 1897.) Ein junger Mann zeigt beim Essen über der linken Parotis ein eigentümliches, circumscriptes Erröten, das sich mit Schweifsausbruch an derselben Stelle vergesellschaftet. Das Erröten erstreckt sich auch auf das linke Ohr, aber nicht das Schwitzen. Bloſse Kaubewegungen rufen das Erröten nicht hervor, wohl aber kommt es ohne Bewegung der Kinnladen zum Vorschein, wenn der Patient etwas Essig in den Mund nimmt. Vor zwei Jahren hatte der Knabe eine vereiterade Drüse unter dem Ohre. Möglich, daſs einige der vasomotorischen Verzweigungen des Halssympathicus in die Narbe verwickelt worden sind, sodaſs, wenn die Parotis beim Kauen oder auf einen stärkeren Reiz sich ausdehnt, jene Verzweigungen gezerrt oder gepreſst werden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein scharlachähnlicher Ausschlag, von Stevenson. (*Lancet.* 22. Mai 1897.) Verfasser sah ein Kind mit einem skarlatiniformen Exanthem vom Hals bis unterhalb des Nabels, aber ohne Fieber und ohne Angina. Aus der eigentümlichnn Begrenzung schloſs er auf einen Zusammenhang mit der Unterkleidung, und in der That war das wollene Unterzeug des Kindes unter Zuhülfenahme von Paraffinöl gewaschen und roch stark danach. Nach Beseitigung dieser Schädlichkeit verschwand das Exanthem rasch, ohne Abschuppung. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Angioneurosis des Gesichts, von W. H. Haynes-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 25. Dez. 1897.) Verfasser beschreibt bei einem 19 Monate alten Mädchen, das neuropathisch belastet war und einen rachitischen Schädelbau zeigte, sonst aber geistig und körperlich gut ausgebildet war, eine merkwürdige temporäre Angioneurose. Sowie das Kind saure oder süſse Substanzen in den Mund nimmt, wird die rechte Hälfte des Gesichtes scharlachrot und nimmt deutlich an Volumen zu, daneben tritt Speichelfluſs auf. Sobald die reizende Substanz entfernt wird, verlieren sich die Erscheinungen. Letztere treten auch in geringerem Maſse aber mit nur momentaner Dauer beim Gähnen auf. Die Ausdehnung des Blutgefäſsbezirks beruht höchstwahrscheinlich auf einer Reizung des Facialis durch Vermittelung der Chorda tympani von den Geschmacksnerven aus. *Hopf-Dresden.*

Puerperal-Erythema, von John Joseph Stack. (*Lancet.* 30. Okt. 1897.) Sieben Tage nach der normal verlaufenen Entbindung stellte sich bei einer 30jährigen Frau plötzlich hohes Fieber (41° C.) unter Schüttelfrost, heftigen Kopfschmerzen und all-

gemeinem Übelbefinden ein. Auf innerliche Chinin- und subcutane Ergotindarreichung fiel die Temperatur in kurzem bis 38° C., das Allgemeinbefinden war nächsten Tages besser, Gesicht, Hände und Brust aber von einem intensiv roten scharlachähnlichen Ausschlag bedeckt. Es wurden wiederholte Vaginalausspülungen vorgenommen, nach vier Tagen war der Ausschlag völlig verschwunden, das Gesicht blieb noch geschwollen und an der rechten Brust hatte sich ein Abscefs gebildet, welcher auf Incision rasch heilte. Patientin erholte sich bald vollständig, eine Desquamation trat nicht ein, wie auch garnichts für eine stattgehabte Scharlachansteckung sprach.

Stern-München.

Zwei seltenere Formen von Arzneiexanthem. von Bruck. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 28.) Der Verfasser beobachtete bei einem sonst gesunden Manne jedesmal nach Antipyringebrauch an der rechten Seite des Abdomens einen thalergrofsen, sich scharf gegen die Umgebung abgrenzenden hyperämischen, etwas cyanotisch gefärbten Kreis, der sich nach 10—14 Tagen unter Hinterlassung einer leichten Pigmentierung wieder zurückbildete. Zugleich mit dem Exanthem bestand jedesmal mäfsiges Juckgefühl im Gürtel. — Bei einer 55jährigen Frau traten nach mehrwöchentlichem Gebrauch von Bromsalz an verschiedenen Stellen des Gesichts wallnufsgrofse, halbkugelige Geschwülste mit exkoriierter, leicht blutender höckeriger Oberfläche, aufserdem einige kleinere von intakter geröteter Haut überzogene Knoten auf der Stirn und am Halse auf. Die Geschwülste vergröfserten sich und verursachten heftiges Brennen. Sie bildeten sich unter einer ganz indifferenten Behandlung zurück.

Götz-München.

Ein Fall von Joderythem nach Darreichung von Jodothyrin, von Ehrmann. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 14.) Der Verfasser beobachtete bei einem 54jährigen Patienten mit einer seit zwölf Jahren bestehenden Psoriasis nach dreitägigem Gebrauch von Jodothyrin ein Erythem der ganzen Hautoberfläche. Es zeigten sich zuerst punktförmige und diffuse Rötungen, allmählich wurde die ganze Haut rot, schmerzhaft und geschwollen, an vielen Stellen bildeten sich Bläschen, die ihre Epidermis verloren. Wo früher die Psoriasis in reichlicherem Mafse aufgetreten war, besonders an den Streckseiten der Extremitäten, bildete sich unter der teilweise nur abgehobenen, aber nicht abgelösten Epidermis eine 1—2 mm dicke Schicht einer übelriechenden, sebumähnlichen Masse, die Fettsäurekrystalle, Cholestearinplättchen und verfettete Epithelzellen der tieferen Epidermisschichten erkennen liefs. Dieser Befund erklärt vielleicht die Wirkungsweise des Jodothyrins bei Psoriasis. Wenn die Zellen der mittleren Epidermisschichten des Stratum spinosum, welche die Matrix für die Bildung der Hornzellen sind, durch die Einwirkung des Jodothyrins zerstört werden, so mufs die excessive Bildung von Hornzellen, wie sie bei Psoriasis stattfindet, zeitweilig unterbleiben; an jenen psoriatischen Stellen, an denen es zugleich zu einer Hypertrophie des Papillarkörpers gekommen ist, mufs dann, wie es auch thatsächlich der Fall ist, die Wirkung des Mittels eine geringere sein. *Götz-München.*

Über Hautausschläge bei medikamenteller Anwendung von Borsäure und Borax, von C. Rasch-Kopenhagen. (*Hosp.-Tid.* 1897. No. 30.) Nach einer Übersicht betreffend frühere Fälle von Borax- und Borsäureeruptionen, teilt Verfasser einen Fall von schwerer Borsäuredermatose mit, beobachtet auf Haslunds Abteilung im Kommunehospital bei einem 55jährigen Manne mit Encephalopathia syphilitica und Cystopyelonephritis. Das Exanthem zeigte sich ein paar Tage nach dem Gebrauche von im ganzen 80 g Borsäure (3—5 Efslöffel täglich von einer Lösung 20 : 750). Es bildete eine fast universell verbreitete, afebril verlaufende, nicht juckende Erythrodermia exfoliativa (Volae, Plantae und Schleimhäute nicht angegriffen), die nach dem

Verlaufe von ungefähr vier Wochen vollständig geheilt war. Verfasser hebt besonders aufser der grofsen Trockenheit der Haut den augenscheinlichen Ursprung des Leidens aus einer primären, circumpiliären Läsion hervor, welche das Centrum kleiner, schnell wachsender und zusammenfliefsender Ringe bildete, etwas das früher bei Boraxexanthemen aber nicht bei Borsäureexanthemen wahrgenommen worden ist. Eine gleichzeitige Neuritis optica rührte nach der Ansicht des Verfassers ebenfalls von der Borsäurewirkung her. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Über die familiäre Form des akuten circumscripten Ödems, von Hermann Schlesinger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 14.) Über in Familien hereditär auftretende circumscripte Ödeme haben Quincke, Osler, Strübing, Ricochon Beobachtungen gemacht. Verfasser sah einen 44 Jahre alten Kaufmann, bei dem seit dem 22. Lebensjahre anfangs alle halbe Jahre, später alle 11—14 Tage ein Anfall auftrat, bestehend in einem in Ringen oder baumartig angeordneten Exanthem eines Teiles der Körperoberfläche, welchem nach 6—8 Tagen hochgradigste umschriebene Ödeme des Rumpfes folgen. Rechtsseitige Extremitäten, Scrotum und Penis sind besonders oft befallen. Die Haut über den ödematösen Teilen ist gespannt, mitunter leicht gerötet. Dem Anfall geht ein Aufregungs- oder Depressionszustand voraus. Folgt dem Exanthem kein Odem, dann stellen sich fast stets Magenschmerzen, Erbrechen ein. Sehr interessant ist, dafs an demselben leiden: der Grofsvater, der Vater, eine Schwester und der Sohn des Patienten. Also fünf Fälle in vier Generationen. Das Leiden beginnt in dieser Familie stets erst um das 20. Lebensjahr herum, bleibt bis in das höchste Alter. Die in Rede stehende Affektion ist mancher anderen auffallend ähnlich, so der intermittierenden Gelenkwassersucht, dem intermittierenden Erbrechen, dem transitorischen, dem flüchtigen Ödeme beim Morbus Basedowii (Maude), den supraklavikulären Pseudolipomen. — Das circumscripte Ödem kann sich vergesellschaften mit der paroxysmalen Hämoglobinurie, mit zeitweiligen Blutungen aus der Schleimhaut der Mund-Rachenhöhle. Harnstörungen, Somnolenz deuten, wo sie vorkommen, vielleicht auf Nierenödem. Asthma bronchiale kann wohl auch der Ausdruck eines akuten Ödems der Bronchialschleimhaut sein. Von Hautveränderungen kommen noch vor: Urticaria, Blasenbildung. Das Leiden ist als Angioneurose anzusehen, die unter Nerveneinfluſs steht. In manchen Fällen mag das Auftreten der Schwellungen mit der segmentalen Anordnung der Gefäfsnerven und ihrer Centren in Medulla spinalis und Medulla oblongata zusammenhängen, in anderen mögen Erregungs- oder Lähmungszustände im sympathischen Geflecht mitsprechen. Das Ergriffensein des vasomotorischen Hauptcentrums in der Medulla oblongata hält Verfasser für unwahrscheinlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Alkoholisches Ödem, von Drummond. (*Brit. med. Journ.* 27. März 1897.) Ein starker Potator wurde nach excessivem Genusse von verschiedenen alkoholischen Getränken von Delirium und universellem Ödem befallen und in diesem Zustande ins Hospital gebracht. Man konnte an jeder Körperstelle mit dem Finger tiefe Eindrücke in die Haut machen. Ruhe, Diät, Alkoholentziehung haben den Mann geistig und körperlich wieder gesund gemacht. *C. Berliner-Aachen.*

Wanderndes Ödem, von E. D. Williams. (*Brit. med. Journ.* 24. April 1897.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle. Ein 2 Monate altes Kind wird mit einer Schwellung des linken Armes ins Hospital gebracht. Der linke Arm vom Handgelenk aufwärts bis zum Ellenbogengelenk war geschwollen, gerötet, heifs. Irgend eine Hautverletzung konnte nicht wahrgenommen werden. Zwei Tage später hatte das Ödem den linken Oberarm und Schulter, linke Hals- und Thoraxseite und nach weiteren

zwei Tagen den ganzen Körper ergriffen. Frei blieb nur das Gesicht. Nach drei Tagen war das Ödem fast vollständig verschwunden. Die Haut des ganzen Körpers schuppte sich ab. *C. Berliner-Aachen.*

Wanderndes Ödem, von W. C. Brown. (*Brit. med. Journ.* 25. Sept. 1897.) Der Verfasser hat vier Fälle beobachtet, welche sämtlich im ganzen dieselben Erscheinungen zeigten. Der Anfang des wandernden Ödems ist charakterisiert durch Schmerzen in einem Fufse, zuweilen in beiden, und zwar ist es die Plantarfascie, auf welche gewöhnlich die Schmerzen bezogen werden. Dieselben werden von den Patienten als heftig, dumpf, brennend beschrieben und ahmen im Beginn nicht selten den Ausbruch von Gichtanfällen nach. Nach 1—2 Stunden jedoch läfst der Schmerz nach und man bemerkt, dafs diejenigen Partien des Fufses angeschwollen sind, wo der Schmerz am intensivsten gewesen ist. Das Ödem ist zuerst immer lokal, später zeigt es Neigung, sich auf den Unterschenkel auszudehnen. Gleichzeitig schwellen die vorher befallenen Teile ab. Wenn das Knie erreicht ist, ist der Fufs frei von Ödem. Die Haut behält noch für einige Tage ein eigentümlich schmieriges Aussehen und das unter der Entwickelung des Ödems entstandene taube Gefühl. Zwölf Stunden nachdem die Füfse befallen sind, werden die Knöchel und die Handgelenke ergriffen, worauf der Symptomenkomplex in der beschriebenen Weise an den oberen Extremitäten seinen Verlauf nimmt. Doch ist das Ödem hier gewöhnlich weniger ausgeprägt und schreitet auch nicht so häufig bis zum Ellenbogengelenk, wie an den Unterschenkeln bis zum Knie. Hierauf werden an verschiedenen Körperteilen Schmerzen empfunden, welche von lokalisierten Ödemen gefolgt werden, so die Kopfhaut, die Wangen, die Lippen, das Abdomen, die Genitalien. Verdauungsstörungen, Erbrechen, Diarrhoen scheinen anzudeuten, dafs an dem Krankheitsprozesse auch die Eingeweide teil nehmen. Der harte und der weiche Gaumen, der Rachen werden gewöhnlich ebenfalls von der Affektion befallen. Doch hat Verfasser nie beobachtet, dafs das Ödem, welches in eine so gefährliche Nähe der Glottis kam, jemals den Larynx ergriffen hätte. Die Krankheit dauert meistens drei Tage, zuweilen aber auch eine Woche und noch länger. Das Allgemeinbefinden der Patienten ist nur wenig gestört. — In ätiologischer Beziehung glaubt Verfasser, dafs ein Pilzgift die Ursache des wandernden Ödems sei. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von wanderndem Ödem, von W. H. Stephen. (*Brit. med. Journ.* 12. Juni 1897.) Die 45jährige Patientin, seit 25 Jahren Köchin, schwitzt stark beim Kochen. Vor zehn Jahren hatte sie akuten Rheumatismus und Herpes zoster. Vor 3½ Jahren bekam sie, während sie vor dem Herdfeuer safs, an der Plantarfläche der Ferse Jucken. Gleichzeitig bemerkte sie, dafs die Partie geschwollen war. Am folgenden Tage wurde die Glutaeal- und Perinealgegend, später die Beine vom Jucken und der Schwellung befallen. Die Haut über den ödematösen Stellen war an den exponierten Körperteilen blaurot, an den nicht exponierten hell rosarot. Während das Ödem an den Beinen allmählich verschwand, wurden die Handgelenke, die Arme, obere Augenlider nacheinander ergriffen. Das Leiden dauert mit kurz dauernden Remissionen seitdem 3½ Jahre. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von wanderndem Ödem, wahrscheinlich septischen Ursprunges, von Masterman. (*Brit. med. Journ.* 3. April 1897.) Ein 8jähriger Knabe wurde plötzlich von Schmerzen im linken Bein befallen. Kurz darauf zeigte sich ein Ödem am Bein, das allmählich vom Fufse zum Knie hinaufstieg. Am nächsten Tage begann der linke Arm schmerzhaft zu werden und rapide anzuschwellen. Gegen Abend waren die oberen Augenlider geschwollen. Die ödematöse Schwellung ist gespannt

und zeigt auf Druck keine Vertiefungen. Bei der ersten Besichtigung fand Verfasser aufser den erwähnten Schwellungen eine Anzahl unregelmäfsig erhabener purpurroter Flecke auf der Streckseite des linken Vorderarmes. In den nächsten Tagen wanderte das Ödem auf andere Körperteile namentlich der rechten Seite über, stets von Schmerzen, purpurroten Flecken, mäfsigem Fieber und schwacher Pulsfrequenz begleitet. Der Urin enthielt kein Eiweifs. Das Leiden besserte sich unter der Behandlung mit Chinin innerlich, äufserlich mit Bleiwasserumschlägen. — Verfasser glaubt, dafs irgend eine septische Infektion die Krankheit verursacht habe.

C. Berliner-Aachen.

Ödem im Säuglings- und Kindesalter, von J. P. Crozer Griffith-Philadelphia. (*Med. News.* 2. Okt. 1897.) Ödem gilt im allgemeinen als seltene Krankheitskomplikation im Kindesalter und meist als Folge einer Nephritis, welche auf infektiöser Basis (Scharlach, Masern, Erysipel u. s. w.) entstanden ist. Bei der Seltenheit der Fälle ist noch nicht einmal allgemein anerkannt, dafs die hereditäre Lues ebenfals Nephritis und sekundäre Ödeme erzeugen kann. Griffith führt zwei Fälle von Säuglingen an, wo sowohl der ganze Verlauf der Erkrankung wie die eingeleitete Quecksilbertherapie den syphilitischen Ursprung des Ödems bewies. Ferner wird ein Fall von septischer Nephritis beschrieben, Oedema und Sclerema neonatorum als verwandte, aber keineswegs identische Krankheiten hingestellt, welche differentialdiagnostisch keine Schwierigkeiten bereiten. Des weiteren wird das von Quincke aufgestellte Krankheitsbild von Oedema angioneuroticum durch zwei eigene Fälle bereichert, wovon der eine die Verwandtschaft der Affektion mit Urticaria und Henochs Purpura rheumatica illustriert. Schliefslich ist noch angeführt, dafs in den Kinderjahren zuweilen Ödem vorkommen kann, welches unter keine der genannten Typen eingereiht werden darf und dessen Ätiologie als durchaus unaufgeklärt anzusehen ist, wie ein angeführter Fall beweist. Mit welchem Fleifse Verfasser das Thema bearbeitet hat, dafür sprechen die zahlreichen Litteraturangaben, welche wohl die hauptsächlichsten über dasselbe erschienenen Arbeiten enthalten; in der vorliegenden ist ein anschauliches Bild über die Hauptursachen der Ödeme im Kindesalter gegeben und dürfte wohl die Anregung zu eingehenderem Studium derselben liegen.

Stern-München.

Vergiftung durch „Primula obconica", von J. H. Neale. (*Brit. med. Journ.* 29. Mai 1897.) Eine jung verheiratete Frau, welche mit Blumen der Primula obconica hantiert hatte, bekam plötzlich im Gesicht und an den Händen einen Ausschlag, der stark juckte und brannte. Im Gesicht sah der Ausschlag wie Urticaria, an den Händen wie Scabies aus. Während die Quaddeln im Gesicht nach einigen Tagen verschwanden, gelang die Beseitigung der Affektion an den Händen erst später unter folgender Behandlung. Die Patientin mufste dreimal täglich die Hände zehn Minuten lang in rektifiziertem Spiritus, dem etwas Belladonnatinktur zugesetzt war, macerieren lassen. Sodann wurden die Hände mit in Glycerin getränkter Leinwand, darüber Oltuch, bedeckt und verbunden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Urticaria factitia oder sogenanntem Dermographismus, von L. E. Stevenson. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1898.) Der Patient ist 22 Jahre alt und erfreut sich im übrigen des besten Wohlseins. Bei der geringsten Ursache errötet er tief und wird dadurch häufig in Verlegenheit gebracht. Schon in seiner frühesten Kindheit wurde die Wahrnehmung gemacht, dafs, wenn man seine Haut kratzte, sich an den berührten Stellen weifse erhabene Quaddeln bildeten. Verfasser schrieb nun unter mäfsigem Drucke mit dem stumpfen Ende eines Bleistiftes auf die Beugeseite des linken Vorderarms in grofsen Lettern den Vornamen des Patienten, „Joseph", auf.

Zuerst wurde durch das Aufdrücken des Bleistiftes eine Röte hervorgerufen, die bald durch eine weifse, erhabene, strangförmige Schwellung ersetzt wurde. In kühnem Relief stand der Name „Joseph" da. Die Schrift verblieb etwa eine halbe Stunde und verschwand dann, ohne Spuren auf der Haut zurückzulassen. Schmerzen oder Stechen begleiten das Phänomen nicht. Der Patient giebt an, dafs er die Haut zwischen den Schulterblättern in dieser Beziehung für am empfindlichsten, die Haut des Gesichts dagegen für am wenigsten empfindlich halte. Verfasser glaubt, die Ursache des Dermographismus auf eine abnorme Reizbarkeit der die Blutversorgung der Haut kontrollierenden Nerven zurückführen zu müssen, indem ein mäfsiger Reiz genüge, um eine Quantität Serum austreten zu lassen. Vielleicht kann man in der starken Nervosität der Franzosen die Ursache finden, dafs bei ihnen der Dermographismus relativ häufig vorkommt. *C. Berliner-Aachen.*

Urticaria nach Einläufen, von Ch. A. Hill. (*Brit. med. Journ.* 12. Juni 1897.) Ein 23jähriges Fräulein litt an Perimetritis und Konstipation. Zur Beseitigung der Stuhlverstopfung wurde ein Einlauf von gewöhnlichem gelben Seifenwasser verordnet. Achtzehn Stunden später traten an den Vorderflächen der Ober- und Unterschenkel, an den Armen und Wangen und den seitlichen Teilen des Halses Urticariaquaddeln auf. An einigen Stellen war der Ausschlag nur erythematös, an anderen papulös. Er war von intensivem Brennen und Jucken begleitet. Nach 48 Stunden war die Eruption wieder verschwunden. — Eine zwei Tage später verordnete Eingiefsung wurde gut vertragen. *C. Berliner-Aachen.*

Urticaria im Anschlufs an Eingiefsungen, von J. E. Moorhouse. (*Brit. med. Journ.* 29. Mai 1897.) Eine an dysenterischer Diarrhoe mit nachfolgender Obstipation erkrankte Frau erhielt zur Erleichterung der letzteren ein Seifenwasserklystier. Am nächsten Tage zeigte sich am ganzen Körper ein Ausschlag in Form von kleinen Urticariaquaddeln. Das Jucken war gering. Fieber, Rachenerscheinungen waren nicht vorhanden. Für etwa drei Stunden nahm der Ausschlag das Aussehen von Scharlach an, um innerhalb der nächsten zwei Tage vollständig zu verschwinden. — Später vorgenommene Seifenwasserklystiere wurden gut vertragen.
C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Urticaria des Pharynx mit Glottisödem, von Taylor-Philadelphia. (*Philad. Med. Journ.* 2. April 1898.) Verfasser wurde zu einer jungen Dame gerufen, die ganz plötzlich an Atemnot mit gröfster Schwäche und heftigem Übelsein erkrankt war. Sie machte, als Verfasser am Krankenbett erschien, den Eindruck einer Sterbenden. Ein paar Minuten nach Ankunft des Arztes allgemeine Eruption von Urticaria auf dem ganzen Körper. Der Luftmangel war so bedrohlich, dafs alle Vorbereitungen zur Tracheotomie getroffen wurden. Hebung der Pharynxurticaria und des Glottisödems durch heifse Umschläge um die Füfse, Eis auf den Hals, Antipyrin-Kokain-Spray lokal auf die Rachenschleimhaut. Ferner Strychnin und Atropin, später Pilokarpin und Stimulantien. In einigen Tagen Heilung. Patientin hatte schon zwei starke Anfälle von Urticaria durchgemacht. *Hopf-Dresden.*

Urticaria chronica, von G. Th. Jackson. (*New York med. Journ.* 10. Juli 1897.) Unter den kausalen Momenten stehen in erster Linie gastrointestinale Störungen, und zwar handelt es sich weniger um Idiosynkrasien gegen spezielle Speisen, wie bei der akuten Urticaria, sondern mehr um Toxin- oder Ptomainwirkung. Damit stimmt auch das Vorkommen der Affektion bei Erkrankungen, bei welchen giftige Stoffe im Blute kreisen, wie Diabetes mellitus, Gicht, Rheumatismus, Alkoholismus, gewissen Arzneiintoxikationen, Malariakachexie. Die meisten Kranken werden nervös, jedoch

scheint in einzelnen Fällen die Neurasthenie das primäre zu sein; jedenfalls beruht die Chronicität der Urticaria auf einer Neurose der Haut, welche eben die Empfindlichkeit gegenüber äufseren Reizen und die Neigung zur Quaddelbildung bedingt. — Therapie: Regelung der Diät und Lebensweise, Allgemeinbehandlung der nervösen, anämischen, dyspeptischen, obstipierten Kranken. Thee, Kaffee, Suppen, Süfsigkeiten, Schweinefleisch, Kalbfleisch, frisches Brot, Hafermehl, fette Speisen sind zu vermeiden. Jackson empfiehlt besonders Milch und Eier 1—15 Stück pro Tag. Lokal: lauwarme alkalische oder Essig-, ferner Salzbäder. Gegen den Juckreiz Spray von Alkohol, Chloroform; Waschungen mit Soda, Essig, Karbolsäure etc. Von innerlichen Mitteln erwiesen sich Natrium salicylic. gelegentlich, Menthol in einem Falle nützlich, Salol und Pilokarpin waren vollkommen erfolglos. *H. Einhorn-München.*

Urticaria chronica infantum, von Gordon Norrie-Kopenhagen. (*Hosp.-Tid.* 1897. No. 28.) Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf die Vaccination als ätiologisches Moment dieser Krankheit, indem dieselbe bei seinem eigenen jetzt 8jährigen Kinde ursprünglich in den Vaccinationsnarben ungefähr einen Monat nach der Impfung mit animaler Lymphe, als das Kind ein paar Monate alt war, auftrat. Später sind zahlreiche Ausbrüche eingetroffen, welche in der ersten Zeit immer in dem Nacken anfingen. Einen ähnlichen Fall beobachtete Dr. Krenckel.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Traumatische Entzündungen.

Bemerkungen zu Jadassohns Vortrag über Arzneiexantheme, von A. Neisser. (*Verhandl. d. 5. Dtsch. Dermatologenkongr.*) Der Verfasser stimmt Jadassohn darin bei, dafs Arzneiexantheme nicht nach der äufserlichen oder innerlichen Anwendung des Medikamentes klassifiziert werden können; es giebt sicher Arzneiexantheme sowohl nach externer wie subcutaner wie interner Applikation der betreffenden Arzneikörper. — Auch darin hat Jadassohn Recht, dafs die als Idiosynkrasie bezeichnete Empfindlichkeit einzelner Personen gegen einen ganz bestimmten chemischen Stoff sich nur quantitativ unterscheidet von allen jenen graduell ungeheuer schwankenden Reaktionserscheinungen der Haut, die bei sehr vielen Menschen nach gröfseren oder kleineren Dosen gewisser Medikamente, Speisen etc. auftreten. Die Idiosynkrasie ist also nur die höchste Stufe unter allen diesen Graden der Empfindlichkeit. Diese Idiosynkrasie ist meist angeboren. Es kommt aber auch nicht selten vor, dafs sie erworben wird, besonders Idiosynkrasie gegen gewisse Speisen, die oft erst auftritt, wenn die Betreffenden einmal durch zu reichlichen Genufs dieser Speisen erkrankt waren. Hierher gehören auch die Fälle von Urticaria bei Magen- und Darmstörungen irgend welcher Art, bei denen eine bestimmte Schädlichkeit nicht nachgewiesen werden kann. Möglich ist es aber auch, dafs es sich dabei um eine lokale Schädigung des Darms handelt, die durch vorausgegangenen übergrofsen Genufs der betreffenden Speisen entstanden ist, und dafs die lädierte Darmstelle schon auf kleinste Dosen dieser Speisen reagiert. In ähnlicher Weise behalten ja auch Leute, die einmal infolge Einwirkung gewisser Stoffe ein Handekzem hatten, stets eine Empfindlichkeit der Haut gegen diese Stoffe zurück. — Die Jodoformidiosynkrasie gehört nach wie vor zu den rätselhaftesten Erscheinungen in der Dermatologie. Das Jod ist die Ursache der Irritation sicher nicht. Europhen wird oft gut vertragen, wo Jodoform nicht anwendbar ist. — Auch die Reaktion gegen Chrysarobin ist sehr verschieden: die einen bekommen nach einmaliger Applikation die typische Verfärbung und hochgradige entzündliche Reaktion, bei anderen bleibt lange fortgesetzte

energische Chrysarobinbehandlung wirkungslos. — Idiosynkrasie gegen ein Medikament betrifft nicht den ganzen Organismus, sondern nur einzelne Organe; z. B. bewirken manchmal kleine Hg-Dosen eine hochgradige Stomatitis, aber kein Exanthem und umgekehrt. Die merkurielle Stomatitis ist auch ein Beispiel dafür dafs eine empfindliche Haut oder Schleimhaut sich an eine Noxa gewöhnen kann. Leute, die nach wenigen Hg-Einreibungen Stomatitis bekommen, vertragen spätere Einreibungen sehr gut. Allmählich geht jedoch diese Angewöhnung wieder verloren.

Götz-München.

Über einen Fall von Hautgangrän nach Auflegen eines Eisbeutels, von Bert. (*Lyon méd.* 1898. No. 19.) Die Eisblase war wegen einer peritonealen Affektion, während drei Wochen beständig aufgelegt worden und führte schliefslich zu einer 18 cm langen und 9 cm breiten gangränösen Plaque, die volle neun Monate und verschiedene autoplastische Eingriffe zu ihrer Heilung bedurfte. Die einfache vasokonstriktorische Wirkung des Eises genügt hier nicht zur Erklärung der Entstehung der Gangrän, wie dies Brandt angenommen hatte. Es kommen hier vielmehr Gefäfsläsionen in Betracht, die von den peritonealen Gefäfsen aus- und auf diejenigen der Bauchwandungen übergegangen sind. *C. Müller-Genf.*

Über sogenannte merkurielle Exantheme, von A. Neisser. (*Verhandl. d. 5. Dtsch. Dermatologenkongr.*) Der Verfasser hat in den letzten Jahren weder nach Quecksilberinjektionen noch nach Quecksilbereinreibungen ein echtes Hg-Arzneiexanthem gesehen trotz der grofsen Anzahl von Fällen, die mit Injektionen unlöslicher Hg-Salze oder mit Einreibungen grofser Dosen (4—6 g pro die) Quecksilbersalbe behandelt wurden. Der Verfasser glaubt daher, dafs bei Anwendung reiner Quecksilbersalben echte merkurielle Exantheme nicht häufig sind, dafs aber oft von merkuriellen Exanthemen gesprochen wird, wo diese Exantheme durch unreine Beimischungen oder schlechte Zubereitung der Quecksilbersalben entstehen. Er selbst hat vielfach sogenannte merkurielle Exantheme bei solchen Patienten gesehen, die wegen Phthirii ohne ärztliches Rezept graue Salbe in der Apotheke gekauft und eingerieben hatten. Es entwickelte sich in diesen Fällen um die eingeriebenen Stellen ein immer gröfser werdender Kreis mit geröteter, leicht geschwollener Haut, mit unregelmäfsigen, aber bogenförmig begrenzten Rändern, umgeben von mehr oder weniger grofsen runden einzeln stehenden, rötlichen, flacherhabenen urticariaähnlichen Efflorescenzen. Je nach dem Alter der Affektion sah man Schuppung oder Bläschenbildung mit Nässen. Sehr oft wurde ein Überspringen der Affektion auf das Gesicht und auf die Vorderarme beobachtet. Das Rot wies eine eigentümliche violette Nuance auf. Der Verfasser liefs verschiedene Proben der verwendeten Hg-Salben untersuchen; dabei ergaben sich folgende drei Punkte, die auf eine Schädlichkeit dieser Salben hinwiesen: 1. Verwendung flüchtiger Stoffe, besonders des Terpentins bei der Extinktion, bezw. beim Parfümieren. Thatsächlich entsprechen auch die Terpentinexantheme vollständig den eben beschriebenen sogenannten merkuriellen Exanthemen. Die Flüchtigkeit der Terpentindämpfe ist auch geeignet, die sprungweise Verbreitung dieser Exantheme zu erklären. 2. Verwendung von Resten anderer Salben, die zwar nicht ranzig sind, aber reizende Substanzen, z. B. Nitrobenzol enthalten. Vielleicht ist auch die öfter konstatierte Beimischung von Rufs schädlich. 3. Verwendung von Fettresten mit hoher Acidität. — Mit Rücksicht auf diese Befunde hält es der Verfasser für wohl möglich, dafs die beschriebenen Exantheme keine Hg-Wirkung, also kein Hg-Arzneiexanthem darstellen, sondern dafs sie Folgen der unreinen Beimischungen oder der schlechten Zubereitung der Salben sind. Für diese Annahme spricht auch, dafs zwei Patienten nach Verwendung gewöhnlicher käuflicher grauer

Salbe Exantheme bekamen, während sie die gute Hg-Salbe in der Klinik ohne Reizerscheinungen vertrugen. Es giebt allerdings noch eine Erklärung dafür, daſs bei Schmierkuren mit guten Salben ungemein selten, bei Verwendung alter schlechter Hg-Salben häufig Reizausschläge entstehen: die ersteren sind Salben mit reinem, metallischem Hg, die letzteren Salben mit fettsauren etc. Hg-Salzen; es würde sich dann doch um merkurielle Exantheme handeln. — Jedenfalls sollten die minderwertigen käuflichen Hg-Salben aus den Apotheken verschwinden. Wollen die Apotheker auch fernerhin ohne ärztliche Vorschrift Medikamente abgeben, so sollen sie wenigstens den Leuten gegen Phthirii Sublimatglycerin oder Naphtolsalben geben, die unschädlicher sind als schlechte Hg-Salben. *Götz-München.*

Zur Kasuistik der Karbolsäuregangrän, von KAMM. (*Therap. Monatsh.* Mai 1898.) Verfasser sah ein junges Mädchen, dem wegen einer kleinen Verletzung am Nagelgliede eines Fingers reine Karbolsäure über diesen Finger gegossen war; der Finger war mumifiziert, gangränös und muſste exartikuliert werden.
F. Hahn-Bremen.

Untersuchungen über Karbol- und Säureeinwirkungen auf lebende Gewebe mit besonderer Rücksicht der Karbolgangrän, von LÉVAI. (Vortrag, gehalten in der k. ung. Ärztegesellschaft den 6. Februar 1897.) Vortragender hatte Gelegenheit im Verlaufe von 5 Jahren in 26 Fällen Karbolgangrän zu beobachten, von denen in 14 Fällen nach Anwendung koncentrierter Karbolsäure meistens ausgebreitete aber nicht tiefgreifende Mortifikationen der Haut entstanden, in 12 Fällen nach Anwendung von 1½—5% wässeriger Karbollösungen in Form von Umschlägen oder nasser Verbände Weichteile der Finger, zumeist aber ganze Fingerglieder, selbst ganze Finger mumifiziert worden sind. Den Grund der auffallenden Thatsache, daſs in der Litteratur bloſs 42 Fälle erwähnt sind, glaubt Vortragender darin suchen zu dürfen, daſs einerseits diese Unglücksfälle nicht richtig erkannt werden, oder dieselben darum nicht veröffentlicht werden, weil oft der betreffende Arzt selbst mittel- oder unmittelbar daran Schuld trägt. Seiner Ansicht nach ist die Karbolgangrän, da das Publikum die in ärztlichen Kreisen bereits meistenteils verlassene Karbolbehandlungsmethode selbständig nachahmt, eine bedeutend häufigere und verdient mehr Beachtung. — Um sich von dem Wesen der Karbolgangrän zu überzeugen, machte er an Kaninchen Versuche. Es stellte sich heraus, daſs, wenn der Rücken der abrasierten Kaninchen oder die kurzgeschorenen Füſse derselben mit den wässerigen Lösungen von Karbol, Salzsäure, Schwefelsäure, Essigsäure und Kalilauge (3—5%) in Form von Umschlägen und noch mehr als nasser Verband verwendet wurden, sich wesentliche Veränderungen zeigten. Wurden selbe als schwache Lösungen oder nur kurze Zeit hindurch verwendet, trat stets ein Ödem und eine Hyperämie auf. Wurde die Lösung verstärkt, oder die Einwirkungszeit verlängert, wurden stets die behandelten Stellen mortifiziert. Die mikroskopischen Untersuchungen zeigten, daſs die mortifizierenden Veränderungen, wenn die Lösung einmal die Hornschichte durchdrungen hat, bei jedem einzelnen Mittel sich anders und in charakteristischen Formen zeigte. Am wenigsten verändert die Gewebselemente das Karbol, denn im Momente der Mortifikation werden die Gewebe auch in demselben Stadium fixiert. Als Endresultat ist stets die Mortifikation bei allen Lösungen als eine Austrocknung der Gewebe infolge der Verdampfung derselben zu betrachten. Nachdem die Mortifikation bei jedem Mittel eine andere ist, dieselbe stets in entsprechender Weise je nach den Eigenschaften jeweiliger Chemikalien auftritt, weil die Mortifikation nur bis zu der Grenze reicht, soweit das verwendete Mittel auf dem Körper appliziert wird, und weil die Nekrose schichtenweise in die Tiefe der Gewebe schreitet, faſst Vortragender

die nach Applikation von wässerigen Chemikalienlösungen und hauptsächlich von wässerigen Karbollösungen auftretende Gangrän — entgegengesetzt den bisherigen Erklärungen — als eine direkte lokale chemische Wirkung auf alle Gewebselemente auf. — Von seinen Krankenbeobachtungen, Tierexperimenten und mikroskopischen Untersuchungen leitet Vortragender für die Praxis die Folgerung ab, dafs wir mit solchen chemischen Lösungen, welche lokal eine deletäre Wirkung hervorrufen können, wenn selbe mit dem Organismus, wenn auch nur äufserlich, in längerem Kontakt verbleiben, äufserst vorsichtig umgehen sollen; dafs das Karbol, weder als nasse Verbände, noch in welcher äufseren Form immer, selbst als sehr verdünnte Lösung nicht verwendet werden soll; und schliefslich sei das Karbol in den Apotheken, da dasselbe im Volke sehr verbreitet ist und durch unzweckmäfsiges Handhaben viele Unglücksfälle verursacht, als freier Handverkauf zu verbieten.

A. Alpár (Aschner)-Budapest.

Zwei Fälle von Dermatitis venenata durch das Tragen von Pelzwerk bedingt, von R. J. Carter. (*Lancet.* 12. Dezbr. 1896.) Bei beiden Fällen handelte es sich um Damen, welche durch das Tragen von neuen Kragen von Zobel eine Entzündung der Haut am Halse acquirierten. Als Materia peccans sind wahrscheinlich Arsenik oder andere bei der Bearbeitung der Pelze verwendete Chemikalien zu bezeichnen. Heilung erfolgte bei Anwendung einer einfachen Galmeilösung.

Philippi-Remscheid.

Beobachtungen über Dermatitis venenata, von J. C. White. (*Bost. med. and surg. Journ.* 28. Januar 1897.) Unter 20000 Hautkranken, welche im Laufe der letzten sieben Jahre in W.s Klinik aufgenommen wurden, befanden sich 360 Fälle von zweifelloser Dermatitis venenata. Als ätiologisches Moment kam am häufigsten Rhus toxicodendron in Betracht, ferner Jodoform, Bekleidungsgegenstände, Jodtinktur, Chromsäure, Karbolsäure, Tr. arnic., Pyoctannin etc. Es werden noch folgende Fälle kurz geschildert: 1. Eine Frau, welche zwei Tage zuvor mit dem Waschen und Putzen von frisch aufgegrabenen Pastinaken beschäftigt gewesen war, zeigte an beiden Handrücken einen dicht entwickelten papulo-vesikulösen Ausschlag. — 2. Ein Mann hatte sich wegen Rheumatismus die Schulter mit Tr. opii und Hamamelis bearbeitet. Die Folge war eine starke Rötung, Papel- und Bläschenbildung auf der ganzen Brust, dem Hals und Oberarm. — 3. Ein Mädchen in der Zahnstocherfabrik hatte nach kurzem Arbeiten mit Zimmtsäure eine starke Dermatitis an Händen, Armen, Gesicht und auf dem Abdomen acquiriert. Wahrscheinlich war die Zimmtsäure verfälscht worden. — 4. An der Frucht des amerikanischen Baumes „Hop Hornbeam" — Ostrya virginica — finden sich feine Haare, durch deren Berührung ein starker, wenigstens mehrere Stunden anhaltender Reiz auf die Haut ausgeübt wird. 5. Bei vier Feuerwehrleuten, welche neue schwarze, baumwollene Hemden über ihren Unterhemden getragen hatten, entwickelte sich nach starkem Schwitzen eine intensive Entzündung der Haut am Halse, den Handgelenken und den Oberschenkeln. Die Hemden waren mit Anilinschwarz gefärbt. *Philippi-Remscheid.*

Zwei Fälle von Ikterus nach Lactophenin, von L. Hahn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 9.) Verfasser, der das Lactophenin ca. 1½ Jahre lang bei allen möglichen Erkrankungen gegeben hat und mit den Erfolgen durchaus zufrieden ist, erlebte zweimal, dafs nach Einnahme von mäfsigen Gaben sehr starker Ikterus auftrat, von dem sich die Patienten nur ganz langsam wieder erholten. Verfasser möchte annehmen, dafs es sich in diesen Fällen um eine Idiosynkrasie gegen das Mittel handelt. *F. Hahn-Bremen.*

Zwei Fälle von Dermatitis durch die Pflanze „Angelica", von Walsh. (*Lancet.* 8. Juli 1897.) Zwei Knaben hatten Angelica gesammelt und dabei von deren Saft reichlich an ihre Hände gebracht. Die Dermatitis war bei dem einen sehr schmerzhaft, die Haut rot und geschwollen, bei dem anderen zeigten sich viele Blasen, doch bereitete diesem die Affektion wenig Schmerzen.

F. Hahn-Bremen.

Die Pikrinsäure als erster Verband bei Verbrennungen, von A. Miles. (*Scottish Med. and Surg. Journ.* Oktbr. 1897 und *Brit. med. Journ.* 17. Juli 1897.) Diese ursprünglich von französischen Autoren empfohlene Methode wird vom Verfasser auf Grund seiner an mehr als 100 im Leith Hospital gewonnenen Erfahrungen sehr günstig besprochen. Mit einer Lösung: R. Acid. picric. 6,0, Alcohol. absol. 90,0, Aq. dest. ad 1200,0 wird sterilisierte Gaze oder Lint angefeuchtet und auf die (womöglich in Narkose) gründlich gereinigte Wunde gelegt. Darüber kommt eine mäßig dicke Lage Sublimatwatte, Binde, eventuell Schiene. Verbandwechsel erst nach 3 bis 5 Tagen. Fest angeklebte Teile des Verbandes bleiben liegen und werden nur mit der Lösung frisch angefeuchtet. Ist nach einiger Zeit eine gesunde Wundfläche hergestellt, so treten die sonst üblichen Behandlungsmittel in Anwendung. Das Verfahren ist bei allen Graden der Verbrennung anwendbar und empfiehlt sich durch Schmerzlosigkeit, Verhinderung der Sepsis, Abschwächung der Entzündung, leichte Anwendbarkeit und seine die Heilung fördernde Wirkung. Die Verfärbung der Haut ist durch Waschen mit Terpentin und Spiritus resp. durch vorheriges Einsalben mit Vaselin zu bekämpfen. Aus Wollstoffen läßt sich die Verfärbung allerdings nicht wieder beseitigen.

Philippi-Remscheid.

Tommasoli hat in zwei Fällen die **Wirkung der Kochsalzinjektionen bei ausgedehnten Verbrennungen** kontrolliert und ihren raschen und wohlthätigen Effekt konstatiert. Dieser Befund wurde außerdem durch das Experiment bestätigt: mehreren Hunden wurden größere Brandwunden beigebracht und hierauf 10 von denselben je 200,0 physiol. Kochsalzlösung gleich nach der Verbrennung injiziert; 8 dieser letzteren erholten sich, während die Kontrolltiere alle zu Grunde gingen.

C. Müller-Genf.

Zur Kenntnis der Hautveränderungen nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen, von P. G. Unna. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 20.) Akute Hautstörungen stellen sich nach Röntgenstrahlenbeleuchtung nur selten ein; höchstens in 1% der Fälle. Nur die berufsmäßig ihnen häufiger ausgesetzten Individuen zeigen regelmäßig abnorme Zustände chronischer Art, besonders an den Händen: frostartiges Erythem, Verdickung der Oberhaut, Ausfall von Haaren und Nägeln. Absichtlich werden durch Röntgenstrahlen Entzündungen hervorgerufen zu therapeutischen Zwecken, z. B. bei Lupus. Neben der Idiosynkrasie sind für das Auftreten der Hautaffektionen wichtig: zu lange Dauer und zu rasche Wiederholung der Sitzungen, zu geringe Entfernung von der Röhre. Apostoli und Jankau führen die Nebenwirkungen nicht auf die X-Strahlen, sondern auf die hochgespannten elektrischen Ströme zurück. Die Entzündung folgt meistens der Bestrahlung erst nach Tagen bis Wochen. Die einen erklären das durch elektrochemische Vorgänge. Barthélemy nimmt an, daß es sich um sekundäre trophische Hautveränderungen handelt, das primäre eine Reizung der Hautnerven ist. — Unna hat die pigmentierte Haut einer viel mit Röntgenstrahlen beleuchteten Frau histologisch untersucht. Er fand reichliches Pigment in den oberen Cutisschichten, zahlreiche Mastzellen um die Gefäße (pol. Methylenblaulösung, Glycerinäther), Anschwellung der kollagenen Balken (neutr. Orcein, Säurefuchsin-Pikrin), unverändertes elastisches Gewebe. Die kollagenen Cutisfasern haben

die gröfste Veränderung erlitten; sie sind basophil geworden, haben ihre feine Faserung und den bogenförmigen Verlauf eingebüfst, sind zerklüftet. Die ganze Cutis ist brüchig und locker geworden. — Wenn dieser Befund konstant wäre, würde sich das späte Auftreten der Dermatitis so erklären, dafs die Röntgenstrahlen das kollagene Gewebe zur Degeneration bringen, worauf allmählich entzündliche Reaktionen sich einstellen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die unter dem Einfluſs der Röntgenstrahlen entstehende Hautveränderung, von G. Behrend. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 23.) Die Hauterkrankung unter dem Einfluſs der Röntgenstrahlen trägt nach dem Verfasser nicht den Charakter einer spezifischen Erkrankungsform an sich, sondern hat in ihren klinischen Erscheinungen (Schwellung, Rötung, Abschuppung, seröse Infiltration des Coriums) groſse Ähnlichkeit mit anderen Hautaffektionen wie Ekzemen, akuten Exanthemen, insbesondere mit den Verbrennungen ersten Grades, denen sie am meisten gleicht. Die Abschuppung und Bläschenbildung erklären sich vollkommen durch die seröse Durchtränkung in der Tiefe. Auch an den Nägeln hat diese letztere Auflockerung und Zersplitterung des Nagelblattes zur Folge. An den Haaren bewirkt die Durchtränkung der tieferen, bildungsfähigen Zellen der Haarwurzel und der Wurzelscheiden unvollkommene Verhornung der Wurzelelemente und daher Abtrennung des Haares und Ausfall aus dem Follikel. Alle diese unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen entstandenen Veränderungen sind nach dem Aussetzen der ursächlichen Schädlichkeit wieder rückgängig zu machen. Wie oft und wie lange die Haut der Einwirkung dieser Strahlen ungestraft ausgesetzt werden darf, ist noch nicht festgestellt. Dafs aber unter Umständen intensive und irreparabele Gewebsveränderungen vorkommen können, beweist ein vom Verfasser beobachteter Fall. Bei einem mit der Radiographie vielfach beschäftigten Herrn war die Haut an beiden Händen intensiv verändert, zeigte glatte, glänzend atrophische Beschaffenheit und Verlust sämtlicher Lanugohaare. Die Veränderung der Haut an den Fingerkuppen und an der Volarfläche der Endglieder der Finger erinnerte stark an den Zustand der Sklerodaktylie, während die Nägel das Bild der Onychogryphosis darboten.
J. Bloch-Berlin.

Eine Dermatitis durch Röntgenstrahlen, von Below. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 9.) Eine Engländerin wurde ohne Erfolg wegen Hypertrichosis am Kinn und Oberlippe mit Röntgenstrahlen behandelt. Einmal nähert sie sich, um die Wirkung zu forcieren, der Röhre so, dafs Funken überspringen. Bis auf eine leichte Rötung der Haut, wie sie nach jeder Sitzung auftrat, war zunächst nichts sichtbar. In der folgenden Nacht trat aber eine heftige erysipelartige Entzündung des Gesichts ein mit starker Exsudation und Bildung gelber Eiterschorfe. Über 14 Tage dauerte die Dermatitis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Dermatitis durch Röntgenstrahlen nebst mikroskopischem Befund der erkrankten Haut, von A. B. Kibbe. (*New York med. Journ.* 16. Jan. 1897.) Einige Tage nach Beendigung einer Reihe von Experimenten mit Röntgenschen Strahlen, bei denen dem Verfasser seine eigenen Hände und der rechte Ellenbogen als Versuchsobjekte gedient hatten, bemerkte er ein gewisses Brennen und Jucken an den Handrücken. Die Haut sah wie sonnenverbrannt aus. Im übrigen zeigte sich nichts Besonderes, aber am zehnten Tage nach der letzten Sitzung wurde eine ausgedehnte Verfärbung am Ellenbogen bemerkt, trotzdem dieser Teil bei den Experimenten mit dickem wollenen Unterzeug, Hemd- und Rockärmel bedeckt gewesen war. Es war circa ein Drittel des Umfangs des Armes in einer Länge von

ca. 6 Zoll affiziert; die Verfärbung war rotbraun, teils punktförmig, teils konfluent und verschwand auf Druck nur unvollständig. Ohne Lokalanästhesie wurde ein Stück Haut excidiert und nach Härtung in 3%iger Formalinlösung und Alkohol untersucht. Es ergab sich eine einfache Dermatitis mit Degeneration der Zellen des Rete mucosum, wobei hauptsächlich die äußeren Zellschichten beteiligt waren und eine eigentümliche Granulierung der Kerne zeigten. *Philippi-Remscheid.*

Tiefe Gewebsverletzung durch Röntgenstrahlen, von D. Walsh. (*Brit. med. Journ.* 31. Juli 1897.) In der Mehrzahl der bisher in der Litteratur publizierten Fälle von Schädigung durch Röntgenstrahlen waren Haut, Haare, Conjunctivae nur oberflächlich und zumeist in harmloser Weise getroffen. Neuere Beobachtungen von Gilchrist und vom Verfasser zeigen, daß die Schädigungen auch tiefere Gewebe des menschlichen Körpers in empfindlicher Weise treffen können. Einige Beispiele werden hierfür beigebracht. *C. Berliner-Aachen.*

Die X-Strahlen und ihre physiologische Wirkung, von W. Crookes. (*Brit. med. Journ.* 31. Juli 1897.) Je weiter die Röntgenschen Strahlen auf ihre vitalen Effekte hin untersucht werden, desto dunkler und unbestimmter scheinen diese Wirkungen selbst zu sein. Zweifellos können unter gewissen Bedingungen die Röntgenstrahlen eine mehr oder weniger intensive Reaktion hervorrufen. Welche Bedingungen dies sind und welche Elemente der Röntgenstrahlen das schädliche Agens bilden, läßt sich mit Bestimmtheit nicht sagen. Nach der Ansicht des Verfassers spielt persönliche Idiosynkrasie hierbei eine bedeutende Rolle.
C. Berliner-Aachen.

Dermatitis nach Einwirkung von Röntgenstrahlen, von J. Y. Dale. (*Med. News.* 24. Juli 1897.) Exposition der rechtsseitigen Umbilikalregion in der Dauer von ungefähr 30 Minuten bei ungewöhnlich geringer Entfernung der Tube. — Nach 28 Tagen papulöses Exanthem auf entzündeter Haut, später Ulceration. Allmähliche Heilung unter antiseptischem Verband. Auffallend ist die fast vollkommene Anästhesie der ergriffenen Hautpartie und das späte Auftreten der Hautaffektion.
H. Einhorn-München.

Ein Fall von Dermatitis durch X-Strahlen, von Gilchrist. (*John Hopkins Hosp. Bull.* Februar 1897.) Der Patient hat gewerbsmäßig zur Demonstration wochenlang seine rechte Hand den X-Strahlen ausgesetzt. Allmählich fing die Haut an zu schwellen und rot zu werden, später wurde sie tief braun pigmentiert, trocken, schuppend. Die Knochen waren verdickt, Bewegungen waren schwierig und schmerzhaft; Sensibilität war herabgesetzt. Allmählich trat Besserung ein.
F. Hahn-Bremen.

Neurotische Entzündungen.

Die kontinuierlichen Akrodermatitiden, von Hallopeau. (*Revue génér. de Clinique et de Thérap.* 1898.) Darunter versteht Verfasser Eruptionen, die sich durch ihre Lokalisation an den Extremitäten der Glieder und ihre unaufhörlichen Recidive auszeichnen. Ihr Ausgangspunkt kann eine traumatische Entzündung oder eine vesikulöse resp. bullöse Trophoneurose sein. Die Form, unter der sie auftreten, ist entweder die vesikulöse oder die bullöse oder eine gemischte. Gleichzeitig konstatiert man Dystrophien und öfters Abfall der Nägel. Die purulente Form kann zu allgemeinen Eruptionen führen und auf die Mundschleimhaut übergreifen; in diesem Falle zeigt sie sich unter dem Bilde der Impetigo herpetiformis und könnte als

„purulente Hautinfektion" bezeichnet werden. Vom Ekzem unterscheidet sich die Dermatose durch ihre häufige Lokalisation an einem oder mehreren Fingern derselben Hand, das Fehlen einer Gruppierung der Bläschen und die Natur der subjektiven Beschwerden, die nicht in Jucken, sondern in Brennen bestehen. Sie widersteht hartnäckig jeder Behandlung. Die nächste Ursache dieser Veränderungen mufs in der besonderen Struktur der Epidermis in diesen Regionen gesucht werden: infolge ihrer Dicke und ihrer Verwachsung mit den darunterliegenden Geweben können die infektiösen Elemente, die sich darin entwickelt haben, nicht eliminiert werden und sind den therapeutischen Eingriffen nur schwer zugänglich. Die Ausbreitung der Läsionen auf die vier Extremitäten mufs wahrscheinlich auf Störungen in der trophischen und vasomotorischen Innervation zurückgeführt werden. Die Prognose ist immer ernst in Anbetracht der langen Dauer der Affektion und der Möglichkeit einer sekundären Toxämie bei den purulenten Formen. Therapeutisch hat sich bei der vesikulösen Form am besten Argentum nitricum, in starker Lösung aufgepinselt, bei der pustulösen Karbolsäure (1 : 200) oder Lamenol (3%) bewährt. *C. Müller-Genf.*

Die hysterischen Neurosen der Haut, von VAN HARLINGEN. (*Amer. Journ. of med. Sciences,* Juli 1897.) Nach CHARCOTS Ansicht hat die Hysterie ebenso ihre Regeln und Gesetze wie jede andere nervöse Affektion, die auf einer organischen Störung des Nervensystems beruht, nur entgeht ihre anatomische Ursache (trophische Störung) bisher unserer Forschung. Als hysterische Neurosen beschreibt Verfasser Erythem, Urticaria (Dermographismus), Hyperidrosis, Ödem, Urticaria bullosa, Pemphigus, Herpes zoster, Gangrän, Pigmentierung, Vitiligo, Lichen, Chromidrosis, Ecchymosis, Hämidrosis etc. *F. Hahn-Bremen.*

Hautgangrän bei einer Hysterischen, von BALZER und MIELSAUX. (*Sett. med. d. Speriment.* 1898. No. 5.) Bei einer 21jährigen Frau hatten sich nach einem Schreck typische hysterische Erscheinungen gezeigt. Nach einem Jahr traten auf dem Gesichte, an den Händen und verschiedenen Stellen des Rumpfes nach ziemlich heftigen Schmerzen erythematöse Flecke auf, die sich mit Blasen bedeckten. Nach einem weiteren Jahre stellte sich eine ganz analoge Eruption ein, die aber stellenweise Narben zurückliefs; später noch weitere Recidive mit Hinterlassen keloidartiger Narben. *C. Müller-Genf.*

Multiple neurotische Hautgangrän, von DEHIO-Dorpat. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 30. Mai 1898.) DEHIO demonstrierte in der Medizinischen Gesellschaft zu Dorpat eine 21jährige Patientin, die seit einem Jahre anschliefsend an eine Verbrühung des linken Handgelenks von nekrotisierenden Hauteruptionen heimgesucht wird. Nach Schreck oder Gemütserregungen bildet sich ein roter Fleck von bis Rubelgröfse; derselbe, schmerzhaft, verwandelt sich in einen braunschwarzen Schorf, der sich in den nächsten Wochen in eine sichtbar bleibende Hautnarbe umbildet. Zuerst treten diese Hautsequestrationen am linken Arm auf, wo die Verbrühung stattgefunden hatte, dann im Gesicht, dann am Unterschenkel, den Fingern und anderen Teilen. Das Umfallen einer Weinflasche oder eines Buches genügte, um solche Hauterscheinungen auszulösen. Direkt nach den nervösen Reizen stellte sich zuerst Ischämie, dann erst Hyperämie der betreffenden Körperstelle ein. Vortragender weist auf die Analogie dieses Falles mit den durch Hypnose und Suggestion künstlich zu erzeugenden trophischen Störungen in der Haut hin. *Hopf-Dresden.*

Veränderungen der Zellen der Hirnrindensubstanz in einem Falle von Dermatitis herpetiformis Duhring bei einer Patientin mit schwerer Arteriosklerose, von RADAELLI. (*Sett. med. d. Speriment.* 1898. No. 10.) Dieselben bestanden

in knötchenförmigen Anschwellungen der Protoplasmafortsätze der Nervenzellen, welche zuerst von Golgi beschrieben und von Colella, Monti, Ceni bei verschiedenen pathologischen Zuständen der Gehirnmasse konstatiert worden sind (variköse Atrophie). Daneben bestanden ausgesprochene Veränderungen der Neuroglia in der ganzen Masse der Rindensubstanz. *C. Müller-Genf.*

Über Prurigo, von Dohi. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 22.) Als charakteristische Symptome der Prurigo nimmt Dohi gleich Hebra an: Beginn in frühem Kindesalter mit recidivierender Urticaria, Auftreten von Drüsenschwellungen, die von den Prurigobubonen — den Folgen einer von den Kratzeffekten ausgehenden Infektion — scharf zu trennen sind, und die Prurigoknötchen. Die letzteren enthalten mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume in der Malpighischen Schicht. Die mikroskopische Untersuchung alter Knötchen ergab eine auffallende Akanthose mit verlängerten Epithelzapfen, nur mäfsige Verdickung der Hornschicht, mäfsige Rundzelleninfiltration in den intercellulären Räumen des Rete, die untersten Schichten derselben stark pigmentiert, eine stark ausgeprägte zellige Infiltration der subpapillären Cutisschicht und um die Schweifsdrüsen und deren sehr erweiterte Ausführungsgänge starke Erweiterung der Lymphgefäfse in den tieferen Schichten. Die Musculi arrectores waren auffallend stark entwickelt. Ganz vermifst wurden die Talgdrüsen, was vielleicht die Trockenheit der Prurigohaut erklärt. — Die Prurigo als eine chronische Urticaria aufzufassen, geht nicht an. — Die ungleiche geographische Verteilung der Prurigo ist noch nicht genügend erklärt. Wenn von White die Vernachlässigung der Hautpflege, schlechte Nahrung und schlechte Wohnung als ätiologische Momente angesehen werden, so spricht dagegen das häufige Vorkommen der Prurigo im Heimatlande des Verfassers, Japan. Hier nimmt auch der arme Mann häufig warme Bäder, nährt sich nicht gerade schlechter als in anderen Kulturländern und hat eine luftige gesunde Wohnung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Erythromelalgie und Raynaudsche Krankheit, von Elsner. (*Med. News.* 19. Juni 1897.) Die 38jährige Patientin, die immer schwer gearbeitet hatte, sonst aber gesund war, erkrankte vor 2 Jahren mit Kopfschmerzen und Brennen in den Händen, das allmählich zunahm; es traten anfallsweise heftige Schmerzen in den Fingern auf, begleitet von einem fleckigen Erythem, das mit den Schmerzen verschwand. Die Hand wurde hyperalgetisch, die Schmerzen und Flecken waren fortwährend da, besonders der Daumen war tiefer rot verfärbt, wurde allmählich dunkler blau und kalt und stiefs sich, der trockenen Gangrän verfallen, spontan ab. Auch einige im Gesicht erschienene erythematöse Flecke gangränescierten oberflächlich. Damit trat Heilung ein. *F. Hahn-Bremen.*

Klinische Untersuchungen des Nervensystems in einem Falle von Erythromelalgie, von A. Schenk. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 45.) Verfasser beschreibt ausführlich die Krankengeschichte eines 49jährigen Kollegen, der neuropathisch nicht belastet ist und der seine Erkrankung auf eine in Ausübung seines Berufes sich zugezogene Erkältung zurückführt, indem sich 8 Tage darauf ein stechender Schmerz im linken Fufse einstellte; die grofse Zehe begann trommelschlägelartig anzuschwellen, verfärbte sich blaurötlich; im Verlaufe von einigen Monaten nahmen jedoch die Erscheinungen an Dimensionen zu, sodafs zur Zeit seiner Aufnahme auf der Professor Schwimmerschen Klinik alle Zehen bläulich verfärbt und äufserst schmerzhaft waren, weder Kälte noch Wärme ertrugen; die Schmerzhaftigkeit hielt Tag und Nacht an. Nach zweimonatlicher Behandlung, hauptsächlich Galvanisation, verliefs Patient etwas gebessert die Klinik, einen Monat später trat letaler Ausgang ein. Verfasser nahm

bei dem Kranken einen genauen neurologischen Status auf und konnte folgendes konstatieren: Schlaflosigkeit bei normalem Geisteszustande, ziemlich leichte Erregbarkeit, Blasen- und Rectumstörungen, stellenweise Analgesien und Hyperalgesien in unregelmäfsigen Bezirken, Störung der Lokalisationsfähigkeit, spinale Ataxie, stellenweise Atrophien der Haut und Muskulatur der Oberarme, Steigerung der Reflexe, Clonus des linken Patellar- und Plantarreflexes. Verfasser faſst diesen pathologischen Prozeſs als eine myelitische Erkrankung der Hinterstränge und Erkrankung der in der Nähe gelegenen vasomotorischen Centra auf. *Alpár (Aschner)-Budapest.*

Über Zoster; bei Gelegenheit eines Falles mit generalisierter Eruption, von ALEX. HASLUND. (*Nordiskt med. Arkiv.* 1897. VIII. Festband. No. 6.) Verfasser hat folgenden Fall in seiner Hospitalabteilung beobachtet. Ein stark ausgesprochener Zoster dorso-abdominalis trat unter Fiebererscheinungen bei einem 59jährigen Weibe ungefähr 8 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus auf, und aufserdem zeigte sich, wie es scheint, ein paar Tage später eine Efflorescenz, bestehend aus Blasen, welche ganz den Zosterblasen ähnelten, aber nicht konfluierend waren und in grofser Zahl so gut wie über die ganze Oberfläche der Haut (auch auf dem Gaumen und der Zunge) zerstreut waren. Starke Schmerzen in dem Zoster, etwas Temperatursteigerung (38,9). Während einiger Tage Unwohlsein wegen Ausscheidung einer reichlichen Menge von harnsaurem Gries. Nach einem Hospitalaufenthalte von 19 Tagen wurde die Kranke als geheilt entlassen. — Es scheinen nur zwei ähnliche Fälle früher veröffentlicht zu sein (von LIPPE und WASILIEWSKI); dagegen ist es nicht so ganz ungewöhnlich, ganz vereinzelte Blasen (Vesiculae aberrantes) in weiterem Abstande von einem Zoster zu finden (nach TENNESON in 9 von 10 Fällen). — Nach Erwähnung der verschiedenen pathogenetischen Theorien, die man für Zoster aufgestellt hat, und nach speziellem Hervorziehen der verschiedenen Momente, welche dazu berechtigen, den Zoster als eine Infektionskrankheit aufzufassen, hebt Verfasser auch diese generalisierte Eruption hervor als ferneren Beweis hierfür und als ausschliefslich durch diese letztere Theorie erklärbar. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Herpes der Schleimhäute und der Haut, von DE HAVILLAND-Hall. Ein 41jähriger Mann klagte über Schmerzen im Rachen, besonders auf der rechten Seite, und über Appetitlosigkeit. Bei der Besichtigung waren die rechte Tonsille und die Gaumenbögen rot und geschwollen. Zwei Tage später fühlte der Patient die Schmerzen sich nach dem rechten Ohr hin ausdehnen. Die Inspektion ergab einen herpetischen Ausschlag auf der rechten Seite des weichen und harten Gaumens. Im weiteren Verlaufe zeigten sich Bläschen an der rechten Kante der Zunge, ferner in der rechten Ohrmuschel unterhalb des Helix. Einige Bläschen traten auf der rechten Schläfen- und Parietalgegend auf. Die Schmerzen im Rachen waren andauernd heftig und konnten nur mit subcutanen Morphiuminjektionen gemildert werden. Während die Erscheinungen in den folgenden Tagen zurückgingen, wurde der Patient von einem heftigen Husten, von Erbrechen und allgemeinem Unwohlsein befallen. — Verfasser möchte diese letzteren Symptome auf eine irritative Läsion des Nervus phrenicus und vagus zurückführen, ähnlich derjenigen, welche man in den Spinalganglien und Nerven von Zosterfällen antrifft. (*Brit. med. Journ.* 3. April 1897.)

C. Berliner Aachen.

Über die Häufigkeit des Vorkommens von Gürtelrose, von CANTRELL-Philadelphia. (*Philadelphia med. Journ.* 26. März 1898.) Unter 19492 Patienten aus umfangreichen Statistiken kam Herpes zoster nur 193 mal vor, das macht 1,09%, oder etwa 1 Fall auf 1000 Krankheitsfälle. Die Beobachtungen umfassen einen Zeitraum von 20 Jahren. Gegenüber anderen Autoren beobachtete Verfasser das Auftreten der

Affektion am häufigsten in den Monaten August, Oktober, November. Von den 198 Fällen betrafen 183 die weiße Rasse, nur 10 die farbige, 108 Männer, 85 Weiber. Der Zoster pectoralis überwiegt mit 62 einzelnen Fällen, davon 58 mal bei Männern. Nur 2 mal wurde der Zoster capillitii beobachtet. Ziemlich die Hälfte aller Fälle zeigte die Krankheit in der Pektoralregion (92), sowie zwischen dem 10. und 30. Lebensjahr. Nicht ein einziger Fall von bilateralem Auftreten findet sich in der großen Statistik des Verfassers. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Neuritis des Quintus mit Herpes und Ekzem, von McConnell. (*Philadelphia med. Journ.* 19. März 1898.) Eine gesunde Frau erkrankte nach starker Abkühlung (Waschung des Kopfes und nachfolgender Gang durch kalte Nachtluft ohne Kopfbedeckung) an Neuralgie des ersten Trigeminusastes; am folgenden Tage etablierte sich ein Zoster im Bereiche dieses Nerven. Drei Tage später, als die Zosterbläschen schon pustulös geworden waren, war die ganze Haut der Umgegend von einer kleinbläschenförmigen Eruption, die stark näßte, eingenommen.
F. Hahn-Bremen.

Herpes zoster mit gleichzeitiger Facialislähmung, von Grassmann. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 59. Bd., Heft 5 u. 6.) Bei der 81jährigen Patientin trat mit sensiblen Reizerscheinungen im Gebiete des rechtsseitigen Plexus cervicalis ein herpetisches Exanthem in demselben Gebiete auf, welches mit Hinterlassung von Hautnarben in ca. 2½ Wochen abheilt; während des Bestehens des Herpes Symptome vasomotorischer Reizung: Schwellung der rechten Wange, einige Tage später komplete Facialislähmung der rechten Seite, die binnen 6 Wochen bis auf Spuren zurückgeht. Nach Heilung des Herpes Zurückbleiben beträchtlicher Störungen der Hautsensibilität im Bereiche des Plexus cervicalis; Fortdauer einer Neuralgie des letzteren Nervenkomplexes. *F. Hahn-Bremen.*

Herpes zoster des Gesichts mit Paralyse, von H. H. Murphy. (*Brit. med. Journ.* 21. August 1897.) Die 68jährige Frau klagte am 26. September 1896 über heftige neuralgische Schmerzen auf der rechten Seite des Kopfes, Gesichtes und Halses. Gleichzeitig war etwa im Centrum des Musculus sterno-cleidomastoideus ein roter Fleck sichtbar, ein zweiter mehr nach hinten in der Gegend des dritten Halswirbels, und ein dritter, kleinerer, an der rechten Seite des Unterkiefers unterhalb des Mundwinkels. Am nächsten Tage war die rechte Gesichtshälfte gelähmt und nach der linken Seite hinübergezogen. Auf den roten Flecken sah man Bläschen. Am 29. September war die Conjunctiva und die Mundschleimhaut der rechten Seite rot und schmerzhaft und tags darauf von Herpesbläschen bedeckt. Die Patientin klagte seitdem über unangenehmen Geschmack im Munde. Vom 3. Oktober an trockneten die Bläschen ein und die Röte verschwand nach und nach. Gleichzeitig hörten auch die neuralgischen Schmerzen auf, Mund und Auge, ebenso das Allgemeinbefinden der Patientin wurden besser. Die Paralyse ist nur teilweise zurückgegangen. — In einem zweiten vom Verfasser beschriebenen Falle bekam die 54jährige Patientin angeblich infolge einer Erkältung an der See heftige neuralgische Schmerzen an der rechten Seite des Kopfes, Gesichtes und des Oberarmes. Am nächsten Tage entwickelte sich zunächst auf der rechten Supraorbital- und Temporalgegend eine Röte und weiter längs des Supraorbitalnerven Herpesbläschen. Während die Erscheinungen auf der rechten Kopfhälfte zurückgingen, wurde die linke Gesichtshälfte ganz gelähmt. Verfasser vermag für das Auftreten des Ausschlages auf der rechten Seite und der Paralyse auf der linken keine genügende Erklärung zu finden. *C. Berliner-Aachen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 10. 15. November 1898.

Aus der dermatologischen Abteilung des Marine-Hospitals zu Constantinopel.

Beitrag zur Histologie des Eccema cruris und der varikösen ekzematiformen Dermitis.

Von

Dr. Menahem Hodara-Constantinopel.

Das Ekzem der Beine kann ebenso aussehen und ebenso beschaffen sein, wie das Ekzem der übrigen Körperteile, ebenso häufig weicht es aber bekanntlich auch von der gewöhnlichen Form ab, dann zwar, wenn es sich auf einer varikösen, hämorrhagischen, narbigen, atrophischen u. s. w. Haut entwickelt. In allen diesen Fällen wird es infolge der Veränderungen in den Geweben und der Verlangsamung der Cirkulation bösartiger und hartnäckiger. Zuweilen, namentlich bei älteren Personen, gewinnt das Ekzem das Aussehen des Eccema rubrum, mit einer so reichlichen serösen Absonderung, dafs dadurch manchmal die Schuppen- und Krustenbildung verhindert wird. Oder das Exsudat ist eitrig-serös und giebt Anlafs zur Bildung von dicken Krusten, unter denen sich dann wohl Vesikeln mit serösem oder serös-eitrigem Inhalt ansammeln können.

Neben diesem richtigen Ekzem der Beine kommen dann auch noch variköse Dermitiden vor, deren Epidermis häufig ekzematöse Veränderungen (Abschuppung, Bildung von feuchten Schuppen u. s. w.) aufweist. Klinisch machen diese Formen zuweilen den Eindruck eines varikösen Ekzems. Histologisch unterscheiden sie sich aber gründlich von ihnen, indem die Veränderungen an der Epidermis sich als sekundärer, ekzematiformer Natur erweisen, hervorgegangen aus einer primären, varikösen Dermitis.

Im Gefolge der Krampfadern bilden sich bekanntlich zuerst Veränderungen an den subcutanen, später auch an den oberflächlichen Hautvenen, wozu sich auch noch Ödeme und leichtere oder ernstere Erkrankung der Gewebe gesellen können, z. B. variköse, hypertrophische Dermitis mit grauen, trocknen Schuppen, die sich in Fetzen abstofsen, oder mit halbfeuchten, borkenartigen, dicken Schuppen, unter denen stellen-

weise nässende, erosive, geschwürige Flächen versteckt liegen. Solche Geschwürsflächen hat JEANSELME[1] Ulcera eccematosa genannt.

Zu der Dermitis varicosa hypertrophica kommen häufig noch weitere Veränderungen hinzu; bald ein elephantiasisartiger Zustand, bald flachere oder tiefere variköse Geschwüre mit zum Teil schwieligem Rand, bald Haemorrhagien, bald Pachydermie, Sklerose u. s. w. Auch eine Wucherung der Papillen wird manchmal bei der varikösen Hautentzündung beobachtet; solche Wucherung macht den Eindruck einer papillären und ist von einer nicht selten recht dicken Epidermis bedeckt, die unregelmäfsige, warzenartige Höcker trägt. Die anfangs hypertrophische Dermitis varicosa kann sich später zurückbilden und mehr oder weniger atrophisch oder narbig werden. Dabei nimmt die Haut zuweilen eine nicht wieder verschwindende Färbung wie Milchkaffee an und ist mit Schuppen wie mit Collodium-Lagen bedeckt; schliefslich wird dann die Oberfläche der atrophischen Dermitis ganz glatt.

Es kommt also — aufser dem eigentlichen Ekzem des Unterschenkels — bei der Dermitis varicosa noch eine ekzematiforme Veränderung der Epidermis vor, die klinisch wohl nicht immer mit Recht als ein Eccema varicosum aufgefafst wird. In der folgenden histologischen Studie gebe ich nun die Beschreibung des mikroskopischen Befundes: erstens eines Präparats von wirklichem Ekzem des Unterschenkels, das auf einem narbigen Gewebe sich entwickelt hat; und zweitens eines Präparats von Dermitis varicosa mit sekundärer, ekzematiformer Veränderung der Epidermis.

1. Mikroskopische Untersuchung eines Stücks von Eccema crustosum des Unterschenkels, das sich auf einem narbigen Gewebe entwickelt hat.

An den Schnitten dieses Präparats[2] gewahrt man eine sehr dicke geschichtete Kruste, unterhalb welcher die Epidermis Vesikeln von verschiedener Gröfse führt und sonstigen dem Eccema zukommende Veränderungen aufweist. Die Kruste ist teilweise gelockert und im Begriff, abzufallen; sie besteht aus zwei recht dicken Schichten. Die obere Schicht wird hauptsächlich von einem eitrigen Exsudat gebildet, das sich aus grofsen Haufen dichtgedrängter Leukocyten, aus parakeratotischen Lamellen

---

[1] JEANSELME: Über Dermitis und Elephantiasis im Gefolge von Ulceration und Ekzem der varikös erkrankten Beine. *Thèse de Paris.* 1888. — Diese bemerkenswerte Arbeit geht der ganzen Frage der Komplikation der Krampfadern (Dermitis, Elephantiasis, Ekzem, Geschwüre u. s. w.) auf den Grund. — Ich statte dem vortrefflichen Gelehrten auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank für die freundliche Übersendung seiner Arbeit ab.

[2] Das Präparat wurde in Celloidin gehärtet und die Schnitte nach den verschiedenen, von UNNA angegebenen Methoden gefärbt.

und aus geronnenem Serum zusammensetzt. Die untere Schicht der Kruste hingegen, die gleichfalls sehr dick ist, wird von einem ausschliefslich serösen Exsudat gebildet und die Leukocyten fehlen fast gänzlich. Wohl aber sind zahlreiche parakeratotische Lamellen vorhanden, deren Kerne zum gröfsten Teil abgeplattet und in parallelen Reihen angeordnet sind. Die Kerne haben zum Teil ovale Form, bei andern ist das Chromatin zertrümmert. Zwischen den einzelnen Hornlamellen der unteren Schicht finden sich eingetrocknete Vesikeln von verschiedener Gröfse und Form, deren Inhalt teils aus körnigen Massen, teils aus faserig und netzartig geronnenem Serum besteht. Als einzigen Mikroorganismus findet man in beiden Schichten der Kruste grofse Haufen Unnascher Morokokken. In der oberen Schicht finden sie sich zu ovalären und unregelmäfsigen Gruppen von Körnern zusammen. Diese Körner fallen durch ihre wechselnde Gröfse und durch die Anwesenheit von Riesenkokken auf. Diese letzteren haben einen doppelten, einen dreifachen u. s. w. Umfang gegenüber den gewöhnlichen und entstehen durch Zellteilung ohne nachherige Trennung. In der unteren Schicht sind dagegen stark proliferierende Morokokken hauptsächlich vertreten; sie bilden hier teils längere Züge, teils ungeordnete, diffuse Haufen, teils sind sie zu nur wenigen über das ganze Gesichtsfeld zerstreut, teils endlich kommen sie ganz allein als Diplokokken vor. Die Morokokken gelangen auch bis unterhalb der Kruste, namentlich was deren centralen Teil anbelangt, und proliferieren auch hier in grofser Menge.

Die ekzematösen Veränderungen der unterhalb der Kruste gelegenen Epidermis wechseln an den verschiedenen Punkten ihrer Art und ihrer Stärke nach. Durchmustert man das Präparat von einem Ende zum andern, so findet man an dem einen zuerst eine Epidermis, die infolge geringgradigen parenchymatösen Ödems etwas gedunsen und hypertrophisch erscheint. Die Epithelzellen sind vergröfsert, das Keratohyalin ist fast ganz geschwunden und die Hornschicht ist parakeratotisch mit einzelnen parallelen Reihen abgeflachter Kerne.[3]

---

[3] Nach der bekannten Unnaschen Ansicht bildet die Parakeratose das erste, nie fehlende Symptom des Ekzems. Sie stellt eine abnorme Keratinisation der Stachelzellen dar, ohne Schwund des Keratohyalins, ohne Zertrümmerung der Kerne, ohne Eintrocknung des Inhalts der Stachelzellen, sodafs die Kerne, wenn auch abgeflacht, in der parakeratotischen Schicht erhalten bleiben. Klinisch erscheint die parakeratotische Schicht beim Ekzem wie eine desquamierende Lage. Nach Unna ist die Parakeratose die Folge sowohl eines geringen parenchymatösen Ödems der Stachelzellen, wie auch einer daraus hervorgehenden abnormen Feuchtigkeit der Körnerzellen. Diese Veränderung kommt in einer Schwellung der Stachel- und Körnerzellen und in einem Schwund des Keratohyalins zum Ausdruck. Das parenchymatöse Ödem ist, wie Unna annimmt, eine Folge der serotaktischen Wirkung der Morokokken an der Oberfläche, und je nach der Stärke dieser Serotaxis fallen auch die übrigen Veränderungen verschiedengradig aus und bedingen die verschiedenen Formen des Ekzems.

Geht man zur Untersuchung der mittleren Teile des Präparats über, so findet man die Veränderungen weiter vorgeschritten. Vor allem fällt ein gegen die Mitte mehr und mehr zunehmendes intercelluläres Ödem in die Augen. Die intercellulären Lymphspalten sind innerhalb der ganzen Epidermis ungleichmäfsig erweitert und erscheinen wie grofse Kanäle, die sich stellenweise noch zu Ampullen ausweiten und kleine intercelluläre Hohlräume von wechselnder Gestalt und Gröfse bilden. Diese Hohlräume entsprechen den mikroskopischen intercellulären Vesikeln des chronischen Ekzems.

Leukocyten sind in diesen Lymphkanälen im allgemeinen nicht enthalten, nur hin und wieder trifft man auf ein weifses Blutkörperchen. Das Ödem ist hauptsächlich serös und intercellulär, jedoch sind einzelne oberflächlich gelegene Zellen selber auch ödematös geschwollen und haben infolgedessen erweiterte nukleäre Hohlräume. Diese ganze ödematöse Epidermis nun mit ungleichmäfsig[4] erweiterten Lymphspalten hat an Umfang zugenommen und ist mit einer verhornten, parakeratotischen Schicht bedeckt, unterhalb welcher keine Spur von Keratohyalin mehr vorhanden ist. — Aufser den genannten Veränderungen findet man noch eine mäfsige Wucherung der Stachelzellen — von Unna Akanthose genannt —, sowie einige Mitosen an der basalen Schicht der Epidermis.

Unterhalb des mittleren Teiles der Kruste, dort, wo die Morokokken in ungeheurer Proliferation sich befinden, ist auch das intercelluläre Ödem am stärksten ausgeprägt und die ganze Epidermis ist daselbst in zahlreiche Vesikel von wechselnder Form und Gröfse umgewandelt; dieselben sind oval, dreieckig, viereckig u. s. w. u. s. w. kurz ganz vielgestaltig. Einzelne Vesikel sind unilokulär, die meisten aber multilokulär mit schwammartig veränderten Scheidewänden von wechselnder Dicke; einzelne Septa sind ganz zart und stellenweise sogar durchgerissen, sodafs eine Verbindung zwischen mehreren Bläschen hergestellt ist. — Unter den Vesikeln fallen einzelne durch ihre besondere Gröfse und flache Gestalt auf; letzteres ist wahrscheinlich eine Folge der Kompression durch das narbige Gewebe der Cutis. Auch in den intervesikulären Septis sind die Lymphspalten stark erweitert, das Zellprotoplasma ist ödematös und geschwollen, einzelne Zellen sind homogenisiert und färben sich nicht mehr mit Methylenblau, wohl aber noch mit Orcein. Die nukleären Hohlräume sind teilweise erweitert. Die Kerne der intervesikulären Septa sind fast alle gefärbt, einzelne abgeflacht, die wenigsten homogenisiert und ungefärbt. Einzelne Vesikel liegen unmittelbar unterhalb der oberflächlichen parakeratotischen Schicht, andere in der Mitte der Stachelschicht und stellenweise ist die Epidermis in ihrer ganzen Dicke von grofsen und kleinen

---

[4] Unna nennt das Status spongoides.

Vesikeln durchsetzt, die an der untern Grenze der Epidermis nur wenige Reihen von Zellen freilassen; und diese Partien sind infolge des intercellulären Ödems schwammartig verändert.

Alle Vesikeln sitzen ausschliefslich zwischen den Zellen, denn hier hat das angesammelte Serum Raum geschafft, indem es die Zellen von einander trennte (UNNAs Verdrängungsbläschen). Man kann alle Abschnitte dieses Prozesses von dem ersten Auftreten des intercellulären Ödems bis zur Bildung von grofsen und kleinen Vesikeln wunderschön verfolgen. Der Inhalt der meisten Vesikeln ist zu Körnern oder feinen und gröberen Fasern geronnen. Auch enthalten einzelne Vesikeln auch einen oder wenige Leukocyten, meistens aber fehlen letztere gänzlich. Ferner kommen im Innern der Vesikeln auch Epithelzellen vor, die sich von der Innenwand der Bläschen abgelöst haben. Diese Epithelzellen können infolge des Ödems geschwollen sein und runden sich dann ab; bei andern erfolgt die kugelige Abrundung nach einem Homogenisationsprozefs, ziemlich ähnlich wie es bei den Epithelzellen der Zosterbläschen der Fall ist; UNNA hat diesen Vorgang als ballonierende Entartung bezeichnet. In einzelnen Vesikeln der Oberfläche und einer tiefer gelegenen gewahrt man Morokokken in geringer Anzahl; dieselben sind irgendwie ins Innere der Vesikeln gelangt und schwimmen frei im Serum; doch ist ihre Menge nur ganz gering; sie treten als Diplokokken oder in Haufen von vier, von acht und etwas mehr Individuen auf. Die meisten Bläschen enthalten gar keine Morokokken.[5] — Eine gröfsere Zahl der oberflächlichen

---

[5] Nach UNNA gelangen die Morokokken nur ganz ausnahmsweise in die Bläschen des chronischen Ekzems, und zwar einmal dann, wenn sie sich auf den parakeratotischen Schichten, die auf den Vesikeln lagern, in besonders starker Wucherung befinden, und zweitens dann, wenn die Bläschen länger als gewöhnlich bestehen bleiben. Die chemotaktische Wirkung der Morokokken besteht darin, einen serösen Zufluſs zu erzeugen, und dieser ist naturgemäſs da am stärksten, wo die Morokokken am kräftigsten proliferieren. Der seröse Zufluſs erzeugt zuerst eine Erweiterung der intercellulären Spalträume (Status spongoides); wo das Serum sich aber in gröfseren Mengen anhäuft, da bilden sich Bläschen, die im wesentlichen serös und intercellulär sind. Dieser Status spongoides und die kleinen, serösen, intercellulären Bläschen bilden die charakteristischen Veränderungen des nässenden und borkigen, chronischen Ekzems.

UNNA giebt ferner an, daſs die sekundären Bläschen des chronischen Ekzems, die infolge der serotaktischen Wirkung der Morokokken zu stande kommen, folgende Merkmale besitzen: Sie sind immer intercellulär, haben eine verhältnismäſsig lange Lebensdauer und besitzen einen serösen Inhalt, in welchem einzelne Leukocyten oder Epithelzellen, ganz selten auch spärliche Morokokken vorkommen; sie schwimmen dann frei in dem Serum umher. Zu diesen Vesikeln gesellen sich regelmäſsig die übrigen Symptome des Ekzems, wie Parakeratose, Status spongoides, Bildung von Krusten, Akanthose u. s. w.

UNNA hat auch noch eine primäre Vesikel des akuten Ekzems beschrieben, eine Form, die seltener vorkommt und die ihr Dasein einem plötzlichen Eindringen von Morokokken in die unveränderte Stachelschicht verdankt. UNNA hat dieses primäre Bläschen des akuten Ekzems dadurch zu stande gebracht, daſs er Morokokken in eine gesunde Haut einimpfte. Diese Vesikelart ist hellgelb, impetiginös und von einem roten Hof umgeben. Sie enthalten, im Gegensatz zu den sekundären Vesikeln des chronischen Ekzems, zahlreiche Leukocyten, Serum, etliche Epithelzellen und eine

Bläschen sind geronnen und eingetrocknet; sie liegen inmitten von parakeratinisierten Stachelzellen, die im Begriffe stehen, sich zu Krusten umzuwandeln.

Stellt man schliefslich das andere Ende des Präparats unters Mikroskop ein, so findet man keine grofsen Vesikeln mehr, sondern eine sehr verdickte, parakeratotische Schicht, die einen grofsen Teil der Stachelschicht einnimmt; darunter trifft man den Status spongiosus, die stark erweiterten intercellulären Lymphspalten, und stellenweise die Bildung kleiner intercellulärer Hohlräume.

Stellt man schliefslich das äufserste Ende des Präparats ein, so gewahrt man unter dem Rest der Kruste ein Stückchen Epidermis, die aussieht, als wäre sie ganz geheilt, d. h. sie ist normal keratinisiert und von einer normalen Körner- und Hornschicht bedeckt, auch frei von Morokokken. An der darunter liegenden Stachelschicht ist aber noch ein Rest des Status spongoides zu erkennen, indem hier die Lymphspalten erweitert geblieben sind, anstatt sich normaliter wieder zu verengern. Diese augenscheinliche Heilung beim Ekzem der Beine ist schon von UNNA erwähnt;

---

grofse Menge von Morokokken, die innerhalb der Leukocyten sitzen und sich hier, wie die Gonokokken vermehren. Diese primären Bläschen des akuten Ekzems haben ferner nur einen kurzen Bestand und unterscheiden sich von den sekundären Vesikeln aufserdem dadurch, dafs sie in einer gesunden Stachelschicht sich befinden und von keinem der eben erwähnten Symptome des chronischen Ekzems begleitet sind.

Neben diesen beiden Bläschenarten unterscheidet UNNA noch eine leukocytäre Vesikel, die zuweilen neben den gewöhnlichen serösen Vesikeln beim chronischen Ekzem vorkommt. Diese leukocytäre Form gehört aber nicht zum Bilde des Eczema chronicum, sie hat vielmehr immer eine sekundäre Ursache, die dem Wesen des Ekzems ganz fernbleibt, z. B. eine allgemein entzündliche Reizung infolge schlechter Behandlung, ein Bad, mechanische Reizung durch Reiben u. s. w. Die leukocytären Bläschen enthalten zahlreiche Leukocyten, die plötzlich in ihr Inneres einbrechen, was daraus hervorgeht, dafs sie aus den peripheren Lymphspalten ebenso plötzlich verschwinden; man ist geradezu erstaunt über die massenhafte Anhäufung von Leukocyten im Innern der Bläschen, die schon mehr an die Impetigo von BOCKHART erinnert. Die leukocytären Vesikeln sind gröfser als diejenigen des chronischen Ekzems, enthalten aber ebensowenig wie diese Morokokken oder Staphylokokken in ihrem Innern. Sie verdanken ihr Dasein, wie gesagt, einer vorübergehenden Entzündung nicht ekzematöser Natur, wodurch eben ein plötzliches Eindringen von aus der Tiefe stammenden Leukocyten verursacht wird.

Im Beginn der Beschreibung des Präparats wurde erwähnt, dafs die obere Lage der geschichteten Kruste, die der Epidermis aufliegt, fast ausschliefslich aus leukocytären Massen besteht, während die Leukocyten in der unteren Lage und in den Vesikeln der Epidermis fast ganz fehlen. Diese Anhäufung von Leukocyten in der oberen Lage der Kruste erklärt sich entweder daraus, dafs die Blutkörperchen der unteren Schicht fast alle in die obere Schicht auswanderten, oder, was angesichts der Natur des rein leukocytären Exsudats wahrscheinlicher ist, daraus, dafs auch hier ein vorübergehender Zusammenlauf weifser Blutkörperchen stattgefunden hat. Auch hier hatte ein dem Ekzem fremder Reiz den Zusammenlauf veranlafst und die Bildung von leukocytären Vesikeln, die sich hernach in leukocytäre Krusten umwandelten, befördert. Für diese letztere Annahme spricht die Thatsache, dafs sich unterhalb der leukocytären Kruste zahlreiche neue rein seröse Bläschen gebildet haben, die sich später in seröse Krusten umwandelten, und dafs die unter der serösen Kruste neu entstandenen Bläschen fast keine Leukocyten enthielten. Die obere, leukocytäre Schicht ist frei von Staphylokokken, man findet überhaupt in der ganzen Kruste nur Morokokken.

in dem Bestehenbleiben des Status spongoides der Stachelschicht unterhalb der normal keratinisierten Epidermis erblickt er eine wichtige Ursache für das Recidivieren des Ekzems; eine neue Morokokken-Infektion ist dazu nicht erforderlich.

In unserm Präparat weist der untere Rand der Epidermis Veränderungen auf, wie sie auch bei der Epidermis am Narbengewebe zur Beobachtung kommen. Dieser untere Epidermisrand ist nämlich gleichzeitig mit dem entsprechenden Teil des Papillarkörpers stellenweise abgeflacht; namentlich ist das an dem mittleren Teil des Präparats, wo die Epidermis voll von Vesikeln sitzt, so der Fall. An den Seitenteilen sitzen verlängerte und hypertrophische Epithelzapfen, dazwischen normal geformte Papillen. Papillarkörper und Cutis haben alle Eigenschaften eines in Vernarbung begriffenen Gewebes. Allerorts im Gewebe bemerkt man eine mächtige Wucherung von Bindegewebs- und Spindelzellen, die auf bindegewebigen Lamellen parallel aufmarschiert sind, meistens in horizontalen Reihen. Am untern und mittleren Teil der Cutis sind sie vollkommen entwickelt und verdickt, an anderen Stellen ist der Prozefs noch nicht soweit vorgeschritten. Ferner bemerkt man viele, parallel aufsteigende Gefäfse, die wie beim Narbengewebe von einem Mantel von Plasmazellen umhüllt sind; namentlich am obern Teil der Cutis ist das der Fall. Alle papillaren und subpapillaren Gefäfse, besonders aber diejenigen, die unterhalb der mit Vesikeln bedeckten Epidermis liegen, sind stark erweitert und haben hypertrophische Wände. Das elastische Gewebe fehlt so gut wie ganz, nur hier und da sieht man vereinzelte oder zu einem Knäuel aufgerollte, verdickte elastische Fasern.

* * *

Der Status spongoides und die sekundären serösen Bläschen des chronischen Ekzems stellen einen subakuten Zustand dar, der durch Einkapselung und darunter erfolgende Neubildung von gesunder Epidermis leicht heilbar ist; die schwammig veränderte und teilweise auch mit koagulierten Vesikeln besetzte alte Epidermis wird dabei in Krusten abgestofsen. Nur bei einer eigenartigen Form des Ekzems wandelt sich dieser Status spongoides in einen dauernden, schwer heilbaren Zustand um. Das ist z. B. bei manchem Bein-Ekzem alter Leute der Fall, und zwar bei der Form, die als Eccema rubrum bekannt ist. Unna unterscheidet drei Unterarten dieses Ekzems. Die erste ist das rein seröse Eccema rubrum; bei ihm sind die Lymphspalten sehr erweitert und es tritt beständig Serum in solcher Menge an der Oberfläche aus, dafs es gar nicht zur Bildung von Schuppen und Krusten kommen kann, und wenn sich doch einmal fibrinöse Gerinnsel bilden, so werden sie von dem serösen Strom sofort wieder weggespült. Die Epithelzellen können sich nicht, wie im

Normalen, einander nähern, um diesen Lymphergufs einzuschränken. Dieser Zustand dauert sehr lange und wird nach UNNA durch einen Reiz nicht infektiöser Natur unterhalten. Heilung kann erst erfolgen, wenn sich Krusten bilden, die den Lymphergufs eindämmen und wenn ein neues, gesundes Epithelium die schwammige Epidermis ersetzt. Das aber geschieht von selber in fieberhaften Zuständen und kann durch eine antiekzematöse Behandlung künstlich herbeigeführt werden.

Die zweite Unterart des Eccema rubrum ist nach UNNA das Eccema rubrum purulentum. Dieses kommt noch häufiger als die eben erwähnte Form bei alten Leuten vor. Der Status spongoides ist auch hier sehr ausgesprochen, aber das Exsudat in den Lymphspalten ist nicht mehr serös, sondern leukocytenhaltig. Man bemerkt kleine intercelluläre Hohlräume, die voll von Leukocyten sind. Zur Bildung grofser leukocytärer Vesikeln kommt es nicht, weil die Borken beim Eccema rubrum im allgemeinen wenig widerstandsfähig sind. Nach UNNA hängt die Leukocytose bei dieser Form von anderen Ursachen ab als das Ekzem.

Die dritte Unterart des Status spongoides chronicus betrachtet UNNA als die wichtigste. Klinisch ist sie nicht zu unterscheiden. Hier kommen neben dem Status spongoides des eigentlichen Ekzems, neben den mit parakeratotischer Epidermis bedeckten Vesikeln und neben den Schuppen und Krusten auch noch Hautstellen unterhalb einer Kruste zur Beobachtung, die klinisch wie geheilt aussehen, d. h. sie sind normal keratinisiert und mit normaler Horn- und Körnerschicht bedeckt. Die Stachelschicht aber ist verändert und bewahrt einen Rest des spongiösen Zustandes, die Lymphspalten sind nicht normal eng, sondern mehr oder weniger erweitert. Die Keratinisation geht in dieser schwammigen Epidermis in gewöhnlicher Weise, nur etwas rascher von statten, wobei die Stachelschicht nicht von Epithelzellen mit normal engen Lymphspalten ersetzt wird. Diese augenscheinliche stellenweise Heilung des Beinekzems besteht auch in einem kleinen Seitenbezirk meines Präparats. In dem übrig bleibenden Rest des Status spongoides erblickt UNNA, wie bereits oben erwähnt, die Erklärung für das häufige Recidivieren des Ekzems, ohne dafs eine neue Infektion voraufgeht. — Bei den beiden ersten Unterarten des Eccema rubrum kann der Status spongoides bestehen bleiben, wenn auch die Infektion zu wirken aufgehört hat. So kann auch bei dieser dritten Unterart irgend eine gleichgiltige Exsudation, die in gar keiner Beziehung zum Ekzem steht, Rückfälle oder einen neuen Ausbruch von Ekzem-Vesikeln auf der spongiösen Epidermis bewirken; diese Epidermis stellt eben einen Locus minoris resistentiae dar. Diese Ekzembläschen, die ohne Infektion zu stande kommen, sind, wie UNNA bemerkt, die einzigen, bei denen man weder in ihrem Innern noch an ihrer Oberfläche Morokokken antrifft.

Fassen wir unsere Ergebnisse zusammen, so haben wir an unserem Präparat alle wesentlichen Eigenschaften angetroffen, die UNNA in seiner Histopathologie dem borkigen, nässenden Ekzem zuschreibt. Wir fanden die Parakeratose mit leichtem parenchymatösen Ödem der Epithelzellen und Schwellung der Epidermis. Wir fanden ferner eine unbedeutende Proliferation der Epithelzellen (Akanthosis),[6] den Status spongoides, das intercelluläre Ödem von wechselnder Stärke mit Bildung zahlreicher, intercellulärer, seröser Bläschen einerseits und dicker, geschichteter Krusten andrerseits; letztere kommen dabei so zu stande, dafs die oberen Bläschen gerinnen und von parakeratotischen Blättern eingeschlossen werden. Die Morokokken finden sich desgleichen überall in der Kruste, sowie teilweise auch in den darunter liegenden parakeratotischen Lamellen. Aber nur sehr wenigen Morokokken ist es gelungen, in die Bläschen einzudringen, woselbst sie dann frei im Serum herumschwimmen.

Auch die von UNNA nachgewiesene Beziehung zwischen dem bakteriologischen Befund in der Kruste und der Stärke der ekzematösen Veränderung ist in meinem Präparat vorhanden. Denn in den Teilen unterhalb der Kruste, wo die Morokokken in starker Vermehrung begriffen sind, hat die schwammige Veränderung ihren höchsten Grad erreicht und hier sind grofse seröse Vesikeln emporgeschossen. Das Exsudat, das durch die chemotaktische Einwirkung der Morokokken zu stande kam, ist hier in meinem Präparat vorwiegend serös, hat das intercelluläre Ödem zur Folge, giebt den Vesikeln ihren Inhalt und geht in die untere Schicht der Kruste auf. Dagegen ist die ungeheure Menge von Leukocyten in der oberen Schicht der Kruste kein Symptom, das man regelmäfsig beim Ekzem beobachten kann, sondern diese Leukocytose rührt nach UNNA von einer sekundären Reizung allgemeiner, vorübergehender Natur her, die mit der Ätiologie des Ekzems nichts zu thun hat, denn Kruste und Vesikeln unterhalb dieser Leukocytenansammlung sind rein serös. Die Bläschen, die man in meinem Präparat wahrnimmt, sind zum Teil viel flacher und gröfser, als wie sie gewöhnlich beim Ekzem vorkommen; vielleicht ist dies eine Folge des Drucks, dem sie zwischen dem Narbengewebe der Cutis einerseits und der sehr dicken Kruste andrerseits ausgesetzt waren. Endlich findet sich eine Eigentümlichkeit, die beim Ekzem der Unterschenkel nicht selten ist, auch seitlich in unserem Präparat. Unterhalb der Kruste befindet sich nämlich ein Stückchen normal keratinisierter Epidermis; die Stachelschicht, auf der sie lagert, hat noch einen

---

[6] Die Proliferation der Epithelzellen ist beim nässenden Ekzem verhältnismäfsig viel weniger ausgesprochen, als beim trocknen, papulösen Ekzem; bei diesem ist die Akanthose sehr stark hervortretend.

Rest des Status spongoides bewahrt, und in diesem Verhalten findet Unna, wie schon erwähnt, die Ursache für die zahlreichen Rückfälle des Ekzems, die stattfinden, ohne dafs eine neue Morokokkeninfektion vorherginge.

Mikroskopische Untersuchung eines Stückes von Dermitis varicosa eccematiformis.

Das dieser Untersuchung zu Grunde liegende Präparat stammt von einem varikösen Bein mit allen Symptomen des Ekzems, Schwellung, Röte, Abschuppung u. s. w. Das Mikroskop belehrt uns aber, dafs wir es hier mit keinem richtigen Eccema varicosum, sondern mit einer Dermitis varicosa und eccematiformen, desquamativen Veränderungen der Epidermis zu thun haben.

Die Venen der Papillen, der Cutis und der Subcutis zeigen die zahlreichen Veränderungen variköser Venen. Das Lumen der subcutanen Venen ist ebenso bedeutend wie ungleichmäfsig erweitert. Die meisten Venen der Subcutis und des unteren Teils der Cutis haben dünne Wände, bei einzelnen dagegen sind sie hypertrophisch, und die variköse Ausbuchtung der subcutanen Hauptvene ist durch eine beträchtliche koncentrische und excentrische Hypertrophie der gesamten Wand sekundär ausgeglichen. Die elastischen Fasern sind in allen Wänden der dünnwandigen subcutanen Venen verändert, und zwar besteht diese Veränderung in einer Hyperplasie und Hypertrophie; stellenweise sind die Fasern dadurch zu einer Masse zusammengewachsen und bilden ein dickes elastisches Blatt, das fast die ganze Wand einnimmt und deren Widerstand gegen den erhöhten Blutdruck verstärkt. In den nur teilweise hypertrophierten Wänden der subcutanen, varikösen Venen besteht aufser dieser Veränderung der elastischen Fasern auch noch eine Proliferation der Bindegewebsfasern und Zellen des Endothels, und es macht sich bereits die Neubildung einer fibrösen Schicht bemerkbar, die teilweise in das Gefäfslumen hineinragt. In der Wand der gröfsten subcutanen Vene des Präparats besteht eine ungeheure Hyperplasie und Hypertrophie sämtlicher Gewebselemente, der elastischen Fasern, der Muskelfasern und der Bindegewebsfasern. Adventitia und Media sind bis aufs äufserste verdickt, indem die Bindegewebsfasern der ersteren und die Muskelfasern der letzteren stark proliferiert sind; dabei hat sich in dem Endothelium noch eine dicke fibröse Schicht gebildet, die das ganze Gefäfslumen umgiebt, mit Ausbuchtungen und Einsenkungen versehen ist und infolgedessen auf dem Durchschnitt einen mamelonierten Eindruck hervorruft. Dieser neugebildete fibröse Mantel besteht zwar im wesentlichen aus fibrösem Gewebe, enthält aber auch einige neugebildete elastische und Muskelfasern; die ersteren sind äufserst zart und leicht färbbar, wohingegen die alten elastischen Fasern stark hypertrophisch und hyperplastisch und zu einer dicken Masse zusammengewachsen

sind, die das Gefäfs rings umgiebt. Die Wand dieser gröfsten Vene hat infolge ihrer ungeheuren Hypertrophie dem Blutdruck den stärksten Widerstand entgegengesetzt, sodafs sie, wie schon erwähnt, nur eine geringe Erweiterung erfahren hat.[7] Die subcutanen Arterien sind weder erweitert noch sonstwie verändert.

Die elastischen Fasern des subcutanen Gewebes sind teilweise bis zu einer ganz beträchtlichen Dicke hypertrophiert. Die meisten von ihnen lassen sich noch gut färben, doch fangen die stärkst hypertrophischen schon an, die Farbenannahme zu verweigern, abzublassen und zu degenerieren. Stellenweise im subcutanen Gewebe stehen sie so dicht, als ob sie zusammengedrängt wären, an anderen Punkten wiederum fehlen sie

---

[7] Diese fortschreitenden Veränderungen der subcutanen varikösen Venen habe ich schon in meiner früheren Arbeit: Die Histologie der Varicen; *Monatshefte für prakt. Dermatologie* 1895, Bd. XX, beschrieben. Um dem Leser einen Überblick über den weiteren Verlauf dieser Veränderungen zu geben, seien hier in Kürze die regressiven Umwandlungen beschrieben, denen die varikös erkrankten subcutanen Venen schliefslich anheimfallen. Nachdem die Gefäfswände den höchsten Grad ihrer Hypertrophie erreicht haben und doch nicht im stande sind, dem stets stärker werdenden Blutdruck Widerstand zu leisten, so geben sie nach und reifsen an einer oder an mehreren Stellen ein, sodafs das Blut die einzelnen Häute der Wand in Lamellen abhebt, allmählich die ganze Wand durchsickert und schliefslich das subcutane Gewebe erreicht. An den eingerissenen Stellen der Wand wächst das elastische Gewebe weiter und bildet einen dicken elastischen Ring, der die Wand einigermafsen ersetzt und einige zeitlang dem Blutstrom einen gewissen Widerstand entgegensetzt; sehr häufig wird dadurch das Zustandekommen hämorrhagischer Herde verhindert. Natürlich mufs dieser neugebildete Ring auch früher oder später dem andrängenden Blut weichen, indem er atrophiert und verschwindet. Dafür bildet sich aber etwas weiter ab im Gewebe wieder ein neuer elastischer Ring, der als Wand dient u. s. w. — Da nun aber das subcutane Gewebe an und für sich schon ein schlaffes und elastinarmes Gewebe darstellt, so bilden sich in dem der geborstenen Vene benachbarten Gewebe Ausbuchtungen nach den verschiedensten Richtungen hin, die ein unregelmäfsiges System von Lakunen, in denen das Blut fliefst, zusammensetzen. Allmählich werden dann kleine Gewebsinseln, nachdem sie ihr Elastin eingebüfst haben, in den Gefäfsbezirk mit einbezogen, bis sich alles in ein kavernöses, schwammartiges Gewebe umgewandelt hat, mit zahlreichen, blutgefüllten Lakunen, deren Scheidewände ihres elastischen Gewebes verlustig gegangen sind. Peripher aber ist dieses ganze Kavernom immer von einem dicken, elastischen Mantel umgeben, der eine künstliche Gefäfswand darstellt. Das Blut kann dabei ganz glatt innerhalb des Kavernoms zirkulieren, ohne dafs es zu einer Hämorrhagie käme. — In der Folge eignet sich das subcutane Gewebe mehr und mehr zur raschen Bildung von Kavernomen. Letztere wachsen in seltneren Fällen auch auf Kosten der Cutis; doch geht das immer nur viel schwieriger und langsamer, weil die Cutis ein straffes, elastinreiches Gewebe führt, das einen viel kräftigeren Widerstand zu leisten vermag als die Subcutis. Sind die Kavernome oberflächlich gelegen, so genügt oft schon irgend ein leichtes Trauma, um heftige, gefährliche Blutungen oder variköse Geschwüre hervorzurufen, deren Heilung bekanntlich so viele Schwierigkeiten bereitet.

Vor mir hat übrigens schon Unna in seiner Histopathologie S. 323 eine Beschreibung der Kavernome geliefert.

Neben dieser soeben besprochenen können die subcutanen varikösen Venen auch noch eine andere Entwickelung nehmen. Es können sich nämlich in ihrem Innern Thromben bilden, wodurch sie vor der Gefahr des Zerreifsens bewahrt bleiben. Hier, wo jeder Widerstand wegfällt, fallen die ehemals hypertrophierten und hyperplasierten elastischen und Muskelfasern einer nachträglichen Atrophie anheim. Das Nämliche gilt auch von dem Bindegewebe und der neugebildeten elastischen innern Schicht; auch sie atrophieren und homogenisieren und die ganze Wand einer thrombosierten varikösen Vene schrumpft beträchtlich zusammen.

fast ganz und nur einzelne Reste stark hypertrophierter und schlecht färbbarer elastischer Fasern sind dort sichtbar. Im allgemeinen sind sie an der Peripherie der varikösen Venen am zahlreichsten. Das Fett ist aus dem Unterhautgewebe fast ganz geschwunden, nur hin und wieder findet man zwischen den groben, stellenweise verdickten und homogenisierten Bindegewebsfasern noch einzelne Reihen von Fettkörnern.

Auch die aufsteigenden Venenäste sind varikös erweitert; ihre Lichtung ist ungleichmäfsig weit, sodafs die Gefäfswände unter dem Mikroskop ganz wellig erscheinen. Indem das Bindegewebe der Intima und die Bindegewebszellen, die als abgeplattete Zellen in parallelen Reihen rings in das Lumen hineinragen, sich vermehrt haben, erscheint auch die Wand der Vene etwas verdickt. Nicht minder sind auch die elastischen Fasern der Gefäfswand hypertrophiert und hyperplasiert, so zwar, dafs sie eine dicke, elastische Lamelle darstellen, die dem gesteigerten Blutdruck innen recht kräftigen Widerstand entgegensetzt. Trotzdem stöfst man in einigen dieser Venen auf noch weiter gehende Veränderungen. So ist hier und da die elastische Membran trotz ihrer Dicke unter dem immer mächtiger andrängenden Blutstrom eingerissen, das Blut ist durch die Gefäfswand hindurchgetreten, hat das umliegende Gewebe unterspült und kleine Höhlen geschaffen, um die herum sich ein neuer elastischer Mantel gebildet hat, der vorübergehend die zerrissene Gefäfswand ersetzt. Jedoch hält auch dieser Ersatz auf die Länge den Blutdruck nicht aus, der elastische Mantel reifst ein und das Blut setzt seine Wühlarbeit im Gewebe weiter fort und schafft allmählich an einer Seite des Gefäfses zahlreiche kleine Ausbuchtungen, in denen es gleichmäfsig zirkuliert, ohne zu Hämorrhagien oder zu Thrombosen Anlafs zu geben. Diese Ausbuchtungen im Gewebe werden dann später ins Gefäfslumen mit einbezogen, das auf diese Weise sich bedeutend vergröfsert. Alle diese Veränderungen der varikösen Hautvenen habe ich in meiner bereits erwähnten[8] früheren Arbeit ausführlich beschrieben und habe die betreffenden Gefäfse dort als „minierende Venen“ bezeichnet.

Beträchtliche variköse Veränderungen finden sich auch an den papillaren und den subpapillaren Venen; ihr Lumen ist zum Teil so stark erweitert, dafs sie wie grofse Gefäfse aussehen. Dabei sind ihre Wände

[8] „Die Histologie der Varicen.“ Da das Hautgewebe infolge seiner gröfseren Derbheit und seines gröfseren Reichtums an Elastin einen viel kräftigeren Widerstand leistet als das Unterhautgewebe, so dauert es bei ihm naturgemäfs viel länger, bis Gefäfswand und Nachbargewebe einreifsen und bis das Blut sich dahin seinen Weg bahnt. Bei der Subcutis spielt sich dieser ganze Vorgang, wie gesagt, viel schneller ab. Sowie die Wand der varikösen Unterhautvene einreifst, giebt auch das lockere, schwammige und elastinarme Nachbargewebe, das an sich beinahe schon kavernös gebaut ist, nach, das Blut überschwemmt alles und es entstehen zahlreiche Hohlräume, die in das Gefäfslumen einverleibt werden. So schliefst die Bildung dieser Kavernome unmittelbar an das Einreifsen der Gefäfswand an.

meistens verdickt, besitzen zwei bis drei kreisförmig angeordnete Reihen von Zellen an der Peripherie des Endothels; nur wenige dieser Venenwände sind dünn geblieben und besitzen dann nur eine Lage endothelialer Zellen, die — eine Folge der varikösen Erweiterung des Lumens und der Verlängerung der Gefäfswand — noch sehr weit von einander entfernt stehen. Da die varikösen papillaren und subpapillaren Venen aufserdem sehr verlängert sind, so schlängeln sie sich und nehmen die verschiedenartigsten Formen an, indem sie bald serpentinartig, bald S-förmig sich krümmen, oder sich aufrollen, wie die Eingeweideschlingen, wie Glomeruli u. s. w. So stellen sie richtige papillare und subpapillare Varicen dar, die teils durch Gewebsteile des Papillarkörpers von einander getrennt sind, teils durch Papillen, welch letztere keine Varicen enthalten, sondern nur wenige, varikös erweiterte Venenäste. Auf den Schnitten erscheinen die papillaren und subpapillaren Varicen als Anhäufung varikös erweiterter Gefäfslichtungen, die durch dünne Bindegewebslamellen des Papillarkörpers von einander getrennt sind; dabei stehen sie aber so dicht und die sie trennenden Lamellen sind zum Teil so zart, dafs ihre Wände sich manchmal beinahe berühren. Ihr Inneres steckt voll von roten Blutkörperchen, eine leukocytäre Stase ist hingegen nicht vorhanden; Leukocyten trifft man überhaupt fast gar nicht an. Der Durchschnitt der einzelnen varikösen Venen ist ganz ungleichmäfsig, rund, oval, mehr oder weniger dreieckig u. s. w. Stellenweise entsteht durch starke Ausbuchtung der Wand des Gefäfses eine grofse Lichtung, an andern Stellen ist die Wand wieder gefältelt und springt gegen das Lumen vor. Die Bindegewebslamellen, die die Gefäfse von einander trennen, sind mit Bindegewebszellen infiltriert, die in parallelen Kreisen von wechselnder Anzahl das Lumen umgeben; doch gewahrt man auch Mastzellen und einzelne Herde von Lymphocyten. Teilweise sind die Wände der kapillaren Varicen infolge des starken Blutdrucks eingerissen, und wo dieser Einrifs die Wände zweier einander berührender Gefäfse betraf, da ist infolgedessen eine direkte Verbindung der beiden Venen hergestellt: andrerseits kommen auch hier durch Einreifsen der Wände eine Art kleiner Kavernome zu stande.[9]

Alles Bindegewebe des Papillarkörpers und der Papillen, nicht nur dasjenige in der Umgebung der Haut- und Papillarvenen, ist homogenisiert, verdickt, hat sein fibrilläres Aussehen verloren, läfst sich leicht mit Orcein färben und wird bläulich bei Anwendung von Methylenblau. Unter den Zellen dieses homogenisierten Bindegewebes hat eine bedeutende Proliferation statt, ihr Protoplasma ist hypertrophiert, es haben sich

[9] Die hier beschriebenen Veränderungen der papillaren und subpapillaren Varicen sind auch von Unna in seiner *Histopathologie*, S. 321, geschildert.

Spinnenzellen mit zahlreichen Protoplasmafäden gebildet, und an einzelnen Punkten der Basis des Papillarkörpers stehen die Bindegewebszellen wie beim Narbengewebe in parallelen Reihen. Im Bindegewebe der Cutis und Subcutis sind die elastischen Fasern stark hypertrophiert und hyperplastisch und nur wenige von ihnen sind blafs und zart geblieben. Auf den Bindegewebsfasern der Cutis sind Pigmentstücke unregelmäfsig verteilt. Die Arterien der Lederhaut sind nicht erweitert, wohl aber die arteriellen Kapillaren und die kleinen Lymphgefäfse und Spalten des Papillarkörpers; doch ist die variköse Erweiterung hier weit geringer als bei den Venen. Die meisten Papillen sind geschwollen und zusammengewachsen, besonders dort, wo papillare Varicen vorhanden sind. An diesen Stellen ist die Epidermis komprimiert und verdünnt.

Die epidermalen Zapfen sind zum gröfsten Teil geschwunden. Hier und da sind Reste von ihnen, die zum Teil geschrumpft, zum Teil verlängert sind, zwischen den geschwollenen und ineinander geflossenen Papillen erhalten. Die Stachelschicht der Epidermis ist an mehreren Stellen infolge eines parenchymatösen, intracellulären Ödems geschwollen, die nukleären Hohlräume mehr oder minder erweitert, desgleichen die Poren des Zellprotoplasmas, und auch dieses letztere ist ödematös und nur schwach färbbar. Das Keratohyalin der Körnerschicht ist an allen diesen Punkten sehr vermindert, stellenweise sogar ganz geschwunden. Die Keratinisation ist abnorm, parakeratotisch; die Hornschicht enthält fast unversehrte, ovale Kerne der Stachelzellen; sie färben sich dunkel und rühren von der Umformung der Stachelzellen in eine parakeratotische desquamierende Schicht her; diese Schicht ist an einzelnen Punkten recht dick und läfst wenig Reihen normaler Stachelzellen übrig. Klinisch kommt dies Verhalten dadurch zum Ausdruck, dafs sich die Epidermis in Form platter, roter, glänzender Schuppen abstöfst. Doch ist die Epidermis nicht durchweg ödematös und die Keratinisation nicht überall abnorm. Diejenige Epidermis, die in Schuppen abgestofsen wird, enthält keine Spur von Leukocyten oder Morokokken oder sonstigen Mikrobien. Die intercellulären Spalträume sind nicht, wie beim Ekzem, erweitert, auch besteht kein intercelluläres Ödem.

Ziehen wir aus diesem Befunde einen Schlufs, so müssen wir sagen: Die Epidermis unseres Präparats, das von einem Fall von Dermitis varicosa stammt, macht nur klinisch, da sie rot und schuppend aussieht, einen ekzematiformen Eindruck; histologisch sind die Veränderungen, die sie darbietet, grundsätzlich von denen des Ekzems verschieden. Bei diesem letzteren besteht vorwiegend intercelluläres Ödem, Status spongiosus, Bildung mikroskopisch kleiner, intercellulärer Bläschen, Zellwucherung (Akanthose), abnorme Keratinisation (Parakeratose) und Umwandlung des ödematösen Teils der Stachelschicht in eine parakeratotische Hornschicht oder

in eine Kruste, die noch flache Kerne enthält und auf ihrer Oberfläche Morokokkennester trägt.

Bei der ekzematiformen, varikösen Dermitis dagegen ist das Ödem im wesentlichen intracellulär; Status spongiosus, die kleinen intercellulären Bläschen und die Akanthose fehlen. Die ödematöse Stachelschicht ist zwar auch hier in eine parakeratotische Hornschicht ungewandelt. Dieselbe ist indessen frei von Morokokken. In meinem Präparat von Dermitis varicosa konnte ich nur trockene Abschuppung der Epidermis beobachten. Nun ist es aber eine bekannte klinische Thatsache, dafs bei solchen Dermitiden Nässen und Geschwürsbildung häufig vorkommen, Veränderungen, die auch durch einen anderen Prozefs bedingt sein können, als durch den ekzematösen. An dem Nässen trägt wahrscheinlich das intracelluläre Ödem die Hauptschuld, und an der Geschwürsbildung die gänzliche Abstofsung der Stachelschicht, die nur wenige Reihen Stachelzellen zurückläfst oder auch Teile des Papillarkörpers ganz blofslegt (Jeanselmes ekzematöses Geschwür).

Auch die Veränderungen, die die Cutis bei der Dermitis varicosa erfährt, sind ganz eigenartig und von denen des Ekzems verschieden. Hauptsächlich fallen hier die Veränderungen der Venen mit ihren Folgezuständen, dem lymphatischen Ödem, sowie die anfangs progressiven, später regressiven und atrophierenden entzündlichen Gewebsveränderungen in die Augen.

Es bestehen demnach bei der Dermitis varicosa ekzematiforme Veränderungen der Epidermis, die ein Eccema varicosum vortäuschen, sich histologisch von diesem aber gründlich unterscheiden.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Gegen Impetigo vulgaris sowie das nässende und borkige Ekzem des Kopfes, des Gesichts, der Ohren und des übrigen Körpers kleiner Kinder und Erwachsener

möchte ich folgende Formel empfehlen, die ich seit einigen Monaten in der Klinik und in der Privatpraxis mit Erfolg anwende:

Axungia Benzoes	12,0
Ol. Oliv.	9,0
Hydrarg. praecipit. rubr.	15,0
Sacch. alb. subt. pulv.	6,0
Acid. carbol.	0,05—0,5 je nach der Stärke des Nässens oder des Juckens.

Der Zucker (es soll Kandiszucker genommen werden) muſs, bevor er zerstoſsen wird, entwässert und ungefähr eine Stunde lang im Wasserbade getrocknet werden.

Namentlich in einigen Fällen von chronischem, nässendem Ekzem des Kopfes und der Ohren bei Kindern, das sehr hartnäckig war und stark juckte, hat sich diese Formel als recht wirksam erwiesen.

Dr. Menahem Hodara, Constantinopel.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 18./30. September 1898.

(Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.)

1. Pospelow demonstrierte eine 29jährige Bäuerin mit **Lupus und Epitheliom.** Patientin hat seit ihrem 9. Lebensjahre an einem häufig recidivierenden Lupus der linken Wange gelitten, dessen Reste auch jetzt noch deutlich zu sehen sind. Ausgehend von der Lupusnarbe hat sich seit einigen Monaten ein rapid wachsendes Epitheliom gebildet, welches eben etwa die Gröſse einer Orange hat und sich vom linken Mundwinkel auf die Wange erstreckt.

2. Glawsche stellt ein Mädchen mit symmetrischem **Lupus tumidus hypertrophicus** beider Ohrläppchen und -Muscheln vor. Der Lupus besteht seit etwa 7 Jahren und soll ein Jahr nach dem Durchstechen der Ohrläppchen zwecks Einlegen von Ohrringen aufgetreten sein. Es könnte daher an eine Infektion durch die bereits früher in Gebrauch gewesenen Ohrringe gedacht werden, jedoch ist das auszuschlieſsen, weil der Lupus nicht bis an die Einstiche heranreicht. Der Lupus ist daher wohl als Folge des Reizes durch die Ohrringe bei einer Person mit tuberkulöser Diathese anzusehen.

3. Pospelow stellte den bereits früher demonstrierten Fall von **Lichen ruber acuminatus** vor, welcher den Sommer über ohne Behandlung gewesen ist und nun wiederum verschlimmert in die Klinik eingetreten ist.

4. Küsel sprach über **Largin.**

5. Pospelow sprach über **Veränderungen der Haut durch Podagra** und zeigte mehrere Moulagen. P. unterscheidet drei Grade der Hautveränderungen durch Podagra, nämlich erstens das Auftreten rostbrauner Flecke auf den Unterschenkeln, dann kommt es im zweiten Stadium zur Bildung oberflächlicher Hautabschürfungen und zuletzt im dritten Stadium zu Ödemen, welche die ganze untere Extremität betreffen können. Wie sich P. bei der mikroskopischen Untersuchung überzeugen konnte, handelt es sich um Ablagerung von harnsaurem Natron um die Gefäſse herum. — Nicht zu verwechseln aber mit diesen Erscheinungen ist das Auftreten von Ekzem oder anderem bei Gichtkranken.

Aus den Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft.

Zwölfte Versammlung, Kiel 1898.

(*Anatom. Centralanzeiger*, Ergänzungsheft zum XIV. Band. 1898.)

Wir berichten daraus folgendes:

Über die Fettfunktion der Knäueldrüsen und die Durchsetzung der Haut mit Fett, von UNNA. Vortragender berichtet über seine Versuche: Fixierung durch Tannin, Pikrinsäure und Salpetersäure, Härtung, Einbettung in Celloidin und sekundäre Osmierung der Schnitte, durch die er nachweist, dafs nicht nur die Knäueldrüsen konstant Fett führen, sondern auch die Knäueldrüsengänge und Schweifsporen. Auch zur Analysierung der verschiedenen Hautfette leistet das Verfahren der sekundären Osmierung gutes, da es sich gezeigt hat, dafs die Verteilung des Hautfettes nach der Fixation mit den verschiedenen Fixierungsmitteln anders erscheint; dieselben fixieren alle nur bestimmte Teile des Hautfettes.

Über das Verhalten der Centralkörper bei der Histogenese der Samenfäden von Mensch und Ratte, von F. MEVES. Es finden sich zwei Centralkörper beim Menschen, die in Verbindung mit dem Kern treten. Allmählich beginnen sie sich zu vergröfsern, der vordere wächst zu einem Stäbchen aus, während der hintere sich zu einem stumpfkegelförmigen Gebilde umformt. *F. Hahn-Bremen.*

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Juni 1898.

Im Anschlusse an die früheren Mitteilungen von WETTERER berichtet LASSAR über ein Kind mit **pruriginösem Ekzem**, welches von seiner frisch geimpften Schwester angesteckt und zu einer **allgemeinen Autoinokulation** gebracht worden ist, zahllose Vaccinepusteln aufweist und einen weiteren Beweis dafür liefert, dafs Kinder mit Hauterkrankungen nicht geimpft werden sollen.

Weiter werden zwei Patienten mit **RAYNAUDscher Krankheit** vorgestellt. Der erste Patient, aus VIRCHOWs Vaterstadt Schivelbein gebürtig, erregte durch eine eigentümliche Atrophie der Phalangen in seiner Heimat Aufsehen und Verdacht auf Lepra. Die Kombination von Mutilation der äufsersten Phalangen mit lokaler Asphyxie, Schmerzhaftigkeit und Kältegefühl sichern die Diagnose der RAYNAUDschen Krankheit. Beim zweiten Patienten zeigten sich neben atrophischen Veränderungen der Finger, Schmerzhaftigkeit und Kältegefühl eigenartige favushaltige Wucherungen an den Nägeln. Der Favus mufs als eine accidentelle, gleichsam saprophytische Affektion aufgefafst werden, neben der primären symmetrischen Gangrän.

Zum Schlufs wird ein **Schulfall von Lepra tubero-maculo-anaesthetica** vorgestellt. Der Patient lebt in der Provinz Posen, hat aber das Leiden in Birma acquiriert, durch blofses Zusammenleben — ohne die geringsten persönlichen Beziehungen — mit der leprösen Konkubine eines Geschäftsfreundes. Er zeigt klassische Facies leonina mit wohlerhaltenen Augenbrauen und am Körper zahlreiche mattbraune und ausgeprägt makulöse Infiltrate. Mikroskopisch wurden zahlreiche Leprabacillen und typische Leprome nachgewiesen. Therapeutisch sollen Sublimatinjektionen versucht werden. LASSAR macht zum Schlusse darauf aufmerksam, dafs R. KOCH derjenige gewesen sei, welcher auf die grofse Bedeutung des Nasensekrets für die Verbreitung der Lepra zuerst hingewiesen habe, während BLASCHKO die Priorität für diesen Hinweis ARNING zuspricht. *J. Bloch-Berlin.*

Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Sitzung vom 10. Juni 1898. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 8.)

Den **Bottini-Freudenbergschen Prostataincisor** demonstriert F. Viertel. Der Vortragende verlangt frühzeitige Feststellung der Prostatahypertrophie und Bestätigung der Diagnose durch das Cystoskop. Er beschreibt die Ausführung der Ätzung nach Bottini, wie er sie übt, und das Instrumentarium. Nach der Operation 3—8 Tage absolute Bettruhe und Verweilkatheter, der bei jüngeren Individuen am dritten Tage, bei alten später entfernt wird. Die Schorfe stofsen sich in 5—7 Tagen ab. Neun so behandelte Patienten gelangten durch die Operation zu einem guten funktionellen Resultat. — Alexander hält das Freudenbergsche Instrument auch für eine grofse Verbesserung, es bleibt aber bei dem ganzen Verfahren das Bedenken, dafs man im Dunkeln arbeitet. Die Gefahr einer Blutung aus den Venenerweiterungen ist besonders zu beachten. Die Erfolge sind auch nicht immer gerade glänzende. Bei hochgradiger Degeneration versagt auch dieses Verfahren. Die günstigen Resultate bei der Behandlung mit Katheter und Argentumspülungen soll man nicht vergessen. Ein Fortschritt wäre nur die galvanokaustische Incision bei gleichzeitiger Cystoskopie, wie Nitze sie jetzt anbahnt.

Einen 4 cm langen, 5 cm dicken Ureterstein demonstriert F. Viertel. Entfernung durch Medianschnitt unter Schleichscher Anästhesie, nachdem cystoskopisch das Hineingelangen des Steines in die Blase festgestellt war.

Einen grofsen hirschgeweihartigen Nierenstein demonstriert F. Viertel; derselbe war durch Nephrotomie entfernt. Tod trotz glatten Verlaufs am fünften Tage an Herzschwäche.

Ein inkrustiertes Drainrohr demonstriert F. Viertel, welches durch Medianschnitt aus der Blase entfernt wurde. Es war wahrscheinlich vor 44 Jahren, als Patient infolge einer komplizierten Beckenfraktur darniedergelegen, im Körper zurückgeblieben und in die Blase gewandert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band V, Heft 4. 1898.

I. **Der syphilitische Primäraffekt an der Vaginalportion des Uterus,** von I. Neumann-Wien. Die statistischen Angaben des Verfassers bezüglich der Häufigkeit des Primäraffekts an der Portio differieren wesentlich von denen der übrigen Syphilidologen. Von 757 in der Klinik des Verfassers beobachteten Weibern mit verschieden lokalisierten Primäraffekten hatten 115 (= 15 %) die Initialsklerose an der Portio, während die Häufigkeit dieser Lokalisation bei anderen Autoren nicht mehr als 5 bis 6 % beträgt. Unter 115 waren 72 (= 62,5 %) Prostituierte, 43 (= 37,4 %) gehörten der arbeitenden Klasse an. 93 waren nullipar, 10 gravid, 9 uni- oder multipar; drei hatten einen Abortus durchgemacht. Bei 62 (= 53,9 %) waren beide Cervikallippen, bei 32 (= 27,82 %) die Vorderlippe, bei 21 (= 18,2 %) die hintere Cervikallippe Sitz des Primäraffektes. Von den 115 kamen 48 (= 41,74 %) wegen verschiedener Affekte wiederholt an der Klinik des Verfassers zur Beobachtung, unter diesen hatten 28 (= 58,19 %) recidivierende Geschwüre, Narben und Erosionen an der Stelle des

Primäraffektes. Begünstigende Momente für die Entstehung desselben an der Portio sind Schädlichkeiten, welche eine Ablösung des Epithels, seichtere oder tiefere Substanzverluste herbeiführen, so vorausgegangene Geburten oder operative Eingriffe an den Cervikallippen, Einrisse, Endometritis cervicis et uteri, Blennorrhoe des Cervikalkanals. Den Gefahren einer Infektion an der Portio ist namentlich ein tiefstehender und antevertierter Uterus leicht ausgesetzt. — Der Verlauf des syphilitischen Primäraffektes an der Portio ist nicht gleich dem an anderen Stellen lokalisierten. Zunächst beobachtet man ziemlich rasch sich entwickelnde Schwellung und dunkelblaurote Verfärbung der Portio wegen des Reichtums an Blut- und Lymphgefäfsen der Vaginalportion. Eine weitere Eigentümlichkeit ist der ungewöhnlich rasche Zerfall und die flächenartige Verbreitung von Substanzverlusten namentlich bei Schwangeren. Am häufigsten ist jedoch die ringförmige Ausdehnung des Prozesses, wobei es später durch narbige Schrumpfung zur Verengerung des Cervikalkanals und zu erheblichen, dysmenorrhoischen Störungen kommen kann. Dieser Ausgang ist allerdings selten, meist heilt der syphilitische Initialaffekt an der Portio ohne Narbenbildung ab. — Die Inguinaldrüsen fand Verfasser im Gegensatz zu anderen Autoren erst mit Ausbruch der Allgemeinerscheinungen geschwollen vor. Die Derbheit des Primäraffektes ist nicht sehr deutlich ausgesprochen, vielleicht auch schwer nachzuweisen. Doch läfst sich oft noch lange Zeit nach vollständiger Abheilung der Sitz des Primäraffektes an der Portio erkennen. Eine gewöhnlich bohnen- bis kreuzergrofse auf einer Cervikallippe liegende bogen- oder halbkreisförmige, scharf abgesetzte, flache Narbe läfst mit grofser Wahrscheinlichkeit auf eine vorausgegangene Sklerose schliefsen. — Zur Illustrierung des Gesagten beschreibt Verfasser im folgenden eine Reihe hierhergehöriger Fälle aus seiner Klinik, namentlich solche, bei welchen in der Sekundärperiode an der Stelle des abgeheilten Primäraffektes an der Portio sich Recidive in Form von Erosionen, Ulcerationen etc. zeigten. Auch in der tertiären Periode wurden bei einzelnen Kranken Recidive in situ in Form von Erosionen, Geschwüren und ulcerierenden Gummata konstatiert.

II. **Fall von Lepra mutilans in Kopenhagen,** von E. Ehlers. Die Patientin, die in Behandlung von Dr. Th. Nielsen stand, als Verfasser sie als einen Fall von Lepra mutilans entdeckte, ist 50 Jahre alt, unverheiratet, in Westindien geboren. Die Eltern sind tot, hatten keine Lepra, zwei Geschwister sind an Typhus gestorben, drei andere leben und sind gesund. Patientin weifs nichts von Ansteckung; sie erinnert sich einer Negerin, welche sie als Amme gehabt habe. Im 6. Lebensjahre, nachdem sie einige Jahre früher an einem roten Ausschlage gelitten hatte, traten Verkrüppelungen zuerst der rechten und später der linken Hand auf. Um dieselbe Zeit kam sie nach Dänemark. Zwei Jahre darauf wurde sie wegen „Gliederabfall" im Kinderhospital behandelt und die Finger der rechten Hand amputiert. Im 12. bis 13. Lebensjahre trat Lähmung des rechten Fufses auf. Knoteneruptionen sind nie vorhanden gewesen. — Die Patientin leidet gegenwärtig an bedeutenden profusen Schweifskrisen, an häufigen Parästhesien, besonders Jucken, zeitweilig an furchtbaren periodischen Neuralgien in der grofsen Zehe und auch anderen Körperstellen. Über den Händen und Füfsen ist tiefe Anästhesie und Analgesie vorhanden. Rechter Fufs varo-paralyticus; seine Muskulatur ist ganz atrophisch. Unter der fünften Zehe des rechten Fufses befindet sich ein Malum perforans. Von der rechten Hand sind alle Finger mit Ausnahme des klauenförmigen Daumens abgefallen. Die linke Hand ist vollständig verkrüppelt und sieht aus wie eine grofse Vogelklaue. Die Patientin erfreut sich im übrigen eines guten Allgemeinbefindens und einer zufriedenen Stimmung. Aus der Anamnese ist für die Ätiologie von Interesse, dafs die Geschwister der Patientin von ihrer Mutter selbst, die Patientin dagegen fünf Monate von einer

[illegible] [illegible]zustand der letzteren konnte nicht [illegible], die in Kopenhagen lebt, für ihre Un[illegible] [illegible] und die vorliegende rein anästhetische, [illegible] [illegible] wenig zutreffend angesehen werden [illegible].

[illegible] von I. Friedländer-Berlin. Die [illegible] [illegible] dem Übel, daß sie [illegible] wirklich hebt und [illegible] dadurch, daß der [illegible] Zug allein nach oben zu [illegible] mit zu Hilfe [illegible] und dadurch [illegible] machen. Das Zum[illegible] [illegible], welches auf die [illegible] einen Fortschritt [illegible] Heilpflasterverbände [illegible], sondern fast nur kon[illegible] [illegible] Zerrung gerade [illegible] werden. Die neuerdings nach [illegible]-Binsenhütchen angefertigte [illegible] zu suspendieren und von [illegible] der Binde ist außerordentlich leicht, [illegible] unangenehme Nebenwirkungen [illegible] wurden nie beobachtet. In Prof. [illegible] Resultate erzielt werden. In [illegible] und Einschnürungen zwei Stiche [illegible] die Schmerzen augenblicklich [illegible] auch der geringe Pro[illegible] [illegible]pflastersuspensorienbinde zu weiteren Kreisen [illegible].

[illegible]-Aachen

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

[illegible]

Über die Cystostomia [illegible]. Die Cystostomie [illegible], in Deutschland „[illegible]" genannt, [illegible] weiter als [illegible] alta, mit nachfolgender Vernähung der [illegible] mit denen der [illegible]wande. *Sie bezweckt*, eine [illegible] und diese entweder [illegible] oder eine *zeitlang offen zu halten*. Verfasser bespricht die Geschichte der [illegible] und ihre *Ausführung*. Was die *Indikation* anbelangt, so kann sie als [illegible] bei allen heftigen *Blasenentzündungen* ausgeführt werden, um eine [illegible] der Blase *zu bewirken*. *Als dauernde Cystostomie* kommt [illegible] in *Betracht und wirkt da häufig* lebensrettend. Die [illegible] sehr gute sein, in vielen *Fällen bildet sich ein* Sphinkter [illegible]. In den übrigen *läßt sich* durch [illegible] das Herausfließen des Urins verhindern.

F. Hahn-Bremen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.
1898. Heft 8.

1. **Über die Behandlung der Infektion der Blase mittelst der Sectio alta,** von Picqué. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt der Verfasser die Sectio alta in den Fällen von unkomplizierter Infektion der Blase, in denen Katheterisierung und Blasenspülungen nicht sehr rasche Besserung bewirken, ferner in allen mit Pyelonephritis komplizierten Fällen; hier mufs die Operation möglichst bald gemacht werden, damit sich die Infektion nicht weiter ausbreiten kann. In den mit irreparablen Veränderungen des Nierenparenchyms komplizierten Fällen ist ein operatives Eingreifen erfolglos.

2. **Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der Prostata,** von Albarran und Hallé. Die anatomisch-pathologischen Untersuchungen der Verfasser haben ergeben, dafs die senile Hypertrophie der Prostata im wesentlichen eine Veränderung des Drüsengewebes ist, die zumeist lange Zeit, bezw. bis zum Tode den Charakter einer gutartigen adenomatösen Wucherung zeigt. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen (unter den von den Verfassern untersuchten 86 Fällen zwölfmal) verwandelt sich diese adenomatöse Wucherung ganz allmählich in eine maligne epitheliale Neubildung. Die Entwickelung der gutartigen Wucherung zur bösartigen Neubildung ist folgende Stufen auf: einfaches, cystisches oder fibröses Adenom; adenoides, circumscriptes Epitheliom; epitheliale Infiltration des Stroma; alveoläres, intrakapsuläres, circumscriptes Carcinom; diffuses Carcinom.

3. **Steinbildung in der Blase mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist,** von Hénesco. Der Verfasser sah bei einem 19jährigen Mädchen, das als Kind eine eitrige Hüftgelenksentzündung durchgemacht hatte, ein Knochenstückchen als Kern eines Blasensteins. Zweifellos hatte sich bei der Gelenksentzündung an der Innenseite des Gelenks ein Abscefs gebildet, der in die Blase durchbrach und so den Weg für den Sequester bahnte. — Ferner beschreibt der Verfasser zwei Fälle, in denen Seidenfäden den Kern von Blasensteinen bildeten. In dem einen Falle waren die Fäden bei einer Ovariotomie in die Beckenhöhle versenkt worden und durch einen entzündlichen Prozefs in die Blase gelangt, im zweiten Falle stammten die Fäden von einer Herniotomie her, die von einer langen Eiterung gefolgt war.

4. **Cystoskopie und Lithotripsie beim Weibe,** von Pasteau. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der den Nutzen der Cystoskopie für die Konstatierung eines Blasensteins, die Bestimmung seines Sitzes, aber auch — unter gewissen Verhältnissen — für die Lithotripsie beweist. Es handelte sich um eine Frau mit einem Divertikel der Blase, in dem sich ein Stein festgesetzt hatte. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, den Stein zu finden bezw. zu fassen, gelang es erst mit Hülfe des Barransschen, zur Katheterisierung der Ureteren dienenden Cystoskops, den Stein mit einem Mandrin aus dem Divertikel in die Blase zu bringen und zu zerkleinern.

5. **Über die Verwendung von Gelatinelösung bei den durch Neoplasmen hervorgerufenen Blasenblutungen,** von Noguès. Angeregt durch die guten Erfolge, die Carnot, Liredey und Martin mit der Verwendung von Gelatine bei Blutungen aus dem Uterus und dem Rectum erzielt hatten, wandte der Verfasser in vier Fällen bei Blasenblutung bei inoperablen Tumoren Injektionen von Gelatine (5 g Gelatine auf 100 g 0,7%iger Kochsalzlösung im Wasserbade flüssig gemacht) an. Eine deutliche blutstillende Wirkung trat nicht auf, wahrscheinlich weil die Kontraktionen der Blase eine feste Anlagerung der Gelatine an die Gefäfswände und damit die Koagulation unmöglich machen.

Negerin gestillt worden ist. Über den Gesundheitszustand der letzteren konnte nichts eruiert werden. Die Frage, ob die Patientien, die in Kopenhagen lebt, für ihre Umgebung gefährlich ist, verneint Verfasser, weil die vorliegende rein anästhetische, mutilierende Form erfahrungsgemäfs als sehr wenig ansteckend angesehen werden kann.

III. **Über Suspensorien und ihren Ersatz**, von M. Friedländer-Berlin. Die gebräuchlichen Suspensorien leiden mehr oder weniger alle an dem Übel, dafs sie keine zweckmäfsige Bandage bilden, welche das erkrankte Organ wirklich hebt und damit die Samenstränge entlastet. Erschwert wird dies allerdings dadurch, dafs der Körper keinen genügenden Stützpunkt bietet, um einen Zug allein nach oben zu ermöglichen, weshalb bei den Modellen die sogenannten Schenkelriemen mit zu Hülfe genommen werden, die jedoch mehr einen Zug nach hinten ausüben und dadurch den eigentlichen Zweck des Suspensoriums ziemlich illusorisch machen. Das Zeiss-Langlebertsche und das vom Verfasser konstruierte Suspensorium, welches auf die Schenkelriemen Verzicht leistet, bedeutet nach dieser Richtung hin einen Fortschritt. Die elastischen Kompressionssuspensorien und die Frickeschen Heftpflasterverbände haben den gemeinsamen Nachteil, dafs sie nicht suspendieren, sondern fast nur komprimieren, dadurch kann aber der Funiculus spermaticus, durch dessen Zerrung gerade die heftigsten Schmerzen entstehen, nicht entlastet werden. Die neuerdings nach K. Gersons Angaben von P. Beiersdorf & Co. in Hamburg-Eimsbüttel angefertigte Pflastersuspensionsbinde verfolgt den Zweck, den Hoden zu suspendieren und wenn nötig ihn auch zu komprimieren. Das Anlegen der Binde ist aufserordentlich leicht, die Patienten lernen rasch den Gebrauch der Binde; unangenehme Nebenwirkungen, wie Hautreizung oder Ekzem infolge des Pflasters wurden nie beobachtet. In Prof. Lassars Klinik sind mit der Gersonschen Binde gute Resultate erzielt worden. In einem Falle wurden dem Patienten, der trotz Bettruhe und Eiskühlungen zwei Nächte nicht schlafen konnte, durch den Gersonschen Verband die Schmerzen augenblicklich beseitigt. Wegen der grofsen unleugbaren Vorteile, zu denen auch der geringe Preis hinzukommt, ist die Verbreitung der Gersonschen Pflastersuspensionsbinde in weiteren Kreisen nur zu wünschen. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 9.

Über die Cystostomia suprapubica, von Xavier Delore. Die Cystostomia suprapubica, in Deutschland „Witzelsche Schrägfistel" genannt, ist nichts weiter als eine Sectio alta, mit nachfolgender Vernähung der Ränder der Blasen- mit denen der Bauchdeckenwunde. Sie bezweckt, eine Harnröhre herzustellen und diese entweder dauernd oder eine zeitlang offen zu halten. Verfasser bespricht die Geschichte der Operation und ihre Ausführung. Was die Indikation anbelangt, so kann sie als temporäre Cystostomie bei allen heftigen Blasenentzündungen ausgeführt werden, um eine zeitweilige Ruhigstellung der Blase zu bewirken. Als dauernde Cystostomie kommt sie vor allem bei Prostatikern in Betracht und wirkt da häufig lebensrettend. Die funktionellen Resultate sollen sehr gute sein, in vielen Fällen bildet sich ein Sphinkter aus, der eine gewisse Kontinenz ermöglicht. In den übrigen läfst sich durch das Tragen eines passenden Urinals das Überfliefsen des Urins verhindern.

F. Hahn-Bremen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 8.

1. **Über die Behandlung der Infektion der Blase mittelst der Sectio alta,** von Picqué. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt der Verfasser die Sectio alta in den Fällen von unkomplizierter Infektion der Blase, in denen Katheterisierung und Blasenspülungen nicht sehr rasche Besserung bewirken, ferner in allen mit Pyelo-Nephritis komplizierten Fällen; hier muſs die Operation möglichst bald gemacht werden, damit sich die Infektion nicht weiter ausbreiten kann. In den mit irreparablen Veränderungen des Nierenparenchyms komplizierten Fällen ist ein operatives Eingreifen erfolglos.

2. **Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der Prostata,** von Albarran und Hallé. Die anatomisch-pathologischen Untersuchungen der Verfasser haben ergeben, daſs die senile Hypertrophie der Prostata im wesentlichen eine Veränderung des Drüsengewebes ist, die zumeist lange Zeit, bezw. bis zum Tode den Charakter einer gutartigen adenomatösen Wucherung zeigt. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen (unter den von den Verfassern untersuchten 86 Fällen zwölfmal) verwandelt sich diese adenomatöse Wucherung ganz allmählich in eine maligne epitheliale Neubildung. Die Entwickelung der gutartigen Wucherung zur bösartigen Neubildung weist folgende Stufen auf: einfaches, cystisches oder fibröses Adenom; adenoides, circumscriptes Epitheliom; epitheliale Infiltration des Stroma; alveoläres, intrakapsuläres, circumscriptes Carcinom; diffuses Carcinom.

3. **Steinbildung in der Blase mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist,** von Hénesco. Der Verfasser fand bei einem 19jährigen Mädchen, das als Kind eine eitrige Hüftgelenksentzündung durchgemacht hatte, ein Knochenstückchen als Kern eines Blasensteins. Zweifellos hatte sich bei der Gelenksentzündung an der Innenseite des Gelenks ein Abscefs gebildet, der in die Blase durchbrach und so den Weg für den Sequester bahnte. — Auſserdem beschreibt der Verfasser zwei Fälle, in denen Seidenfäden den Kern von Blasensteinen bildeten. In dem einen Falle waren die Fäden bei einer Ovariotomie in die Beckenhöhle versenkt worden und durch einen entzündlichen Prozefs in die Blase gelangt, im zweiten Falle stammten die Fäden von einer Herniotomie her, die von einer langen Eiterung gefolgt war.

4. **Cystoskopie und Lithotripsie beim Weibe,** von Pasteau. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der den Nutzen der Cystoskopie für die Konstatierung eines Blasensteins, die Bestimmung seines Sitzes, aber auch — unter gewissen Verhältnissen — für die Lithotripsie beweist. Es handelte sich um eine Frau mit einem Divertikel der Blase, in dem sich ein Stein festgesetzt hatte. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, den Stein zu finden bezw. zu fassen, gelang es erst mit Hülfe des Albarranschen, zur Katheterisierung der Ureteren dienenden Cystoskops, den Stein mit einem Mandrin aus dem Divertikel in die Blase zu bringen und zu zerkleinern.

5. **Über die Verwendung von Gelatinelösung bei den durch Neoplasmen hervorgerufenen Blasenblutungen,** von Noguès. Angeregt durch die guten Erfolge, die Carnot, Lirbdey und Martin mit der Verwendung von Gelatine bei Blutungen aus dem Uterus und dem Rectum erzielt hatten, wandte der Verfasser in vier Fällen von Blasenblutung bei inoperablen Tumoren Injektionen von Gelatine (5 g Gelatine auf 100 g 0,7%iger Kochsalzlösung im Wasserbade flüssig gemacht) an. Eine deutliche blutstillende Wirkung trat nicht auf, wahrscheinlich weil die Kontraktionen der Blase eine feste Anlagerung der Gelatine an die Gefäſswände und damit die Koagulation unmöglich machen.

Negerin gestillt worden ist. Über den Gesundheitszustand der letzteren konnte nichts eruiert werden. Die Frage, ob die Patientien, die in Kopenhagen lebt, für ihre Umgebung gefährlich ist, verneint Verfasser, weil die vorliegende rein anästhetische, mutilierende Form erfahrungsgemäfs als sehr wenig ansteckend angesehen werden kann.

III. **Über Suspensorien und ihren Ersatz**, von M. Friedländer-Berlin. Die gebräuchlichen Suspensorien leiden mehr oder weniger alle an dem Übel, dafs sie keine zweckmäfsige Bandage bilden, welche das erkrankte Organ wirklich hebt und damit die Samenstränge entlastet. Erschwert wird dies allerdings dadurch, dafs der Körper keinen genügenden Stützpunkt bietet, um einen Zug allein nach oben zu ermöglichen, weshalb bei den Modellen die sogenannten Schenkelriemen mit zu Hülfe genommen werden, die jedoch mehr einen Zug nach hinten ausüben und dadurch den eigentlichen Zweck des Suspensoriums ziemlich illusorisch machen. Das Zeisl-Langlebertsche und das vom Verfasser konstruierte Suspensorium, welches auf die Schenkelriemen Verzicht leistet, bedeutet nach dieser Richtung hin einen Fortschritt. Die elastischen Kompressionssuspensorien und die Frickeschen Heftpflasterverbände haben den gemeinsamen Nachteil, dafs sie nicht suspendieren, sondern fast nur komprimieren, dadurch kann aber der Funiculus spermaticus, durch dessen Zerrung gerade die heftigsten Schmerzen entstehen, nicht entlastet werden. Die neuerdings nach K. Gersons Angaben von P. Beiersdorf & Co. in Hamburg-Eimsbüttel angefertigte Pflastersuspensionsbinde verfolgt den Zweck, den Hoden zu suspendieren und wenn nötig ihn auch zu komprimieren. Das Anlegen der Binde ist aufserordentlich leicht, die Patienten lernen rasch den Gebrauch der Binde; unangenehme Nebenwirkungen, wie Hautreizung oder Ekzem infolge des Pflasters wurden nie beobachtet. In Prof. Lassars Klinik sind mit der Gersonschen Binde gute Resultate erzielt worden. In einem Falle wurden dem Patienten, der trotz Bettruhe und Eiskühlungen zwei Nächte nicht schlafen konnte, durch den Gersonschen Verband die Schmerzen augenblicklich beseitigt. Wegen der grofsen unleugbaren Vorteile, zu denen auch der geringe Preis hinzukommt, ist die Verbreitung der Gersonschen Pflastersuspensionsbinde in weiteren Kreisen nur zu wünschen. *C. Berliner-Aachen*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 9.

Über die Cystostomia suprapubica, von Xavier Delore. Die Cystostomia suprapubica, in Deutschland „Witzelsche Schrägfistel" genannt, ist nichts weiter als eine Sectio alta, mit nachfolgender Vernähung der Ränder der Blasen- mit denen der Bauchdeckenwunde. Sie bezweckt, eine Harnröhre herzustellen und diese entweder dauernd oder eine zeitlang offen zu halten. Verfasser bespricht die Geschichte der Operation und ihre Ausführung. Was die Indikation anbelangt, so kann sie als temporäre Cystostomie bei allen heftigen Blasenentzündungen ausgeführt werden, um eine zeitweilige Ruhigstellung der Blase zu bewirken. Als dauernde Cystostomie kommt sie vor allem bei Prostatikern in Betracht und wirkt da häufig lebensrettend. Die funktionellen Resultate sollen sehr gute sein, in vielen Fällen bildet sich ein Sphinkter aus, der eine gewisse Kontinenz ermöglicht. In den übrigen läfst sich durch das Tragen eines passenden Urinals das Überfliefsen des Urins verhindern.

F. Hahn-Bremen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 8.

1. **Über die Behandlung der Infektion der Blase mittelst der Sectio alta,** von Picqué. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt der Verfasser die Sectio alta in den Fällen von unkomplizierter Infektion der Blase, in denen Katheterisierung und Blasenspülungen nicht sehr rasche Besserung bewirken, ferner in allen mit Pyelo-Nephritis komplizierten Fällen; hier mufs die Operation möglichst bald gemacht werden, damit sich die Infektion nicht weiter ausbreiten kann. In den mit irreparablen Veränderungen des Nierenparenchyms komplizierten Fällen ist ein operatives Eingreifen erfolglos.

2. **Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der Prostata,** von Albarran und Hallé. Die anatomisch-pathologischen Untersuchungen der Verfasser haben ergeben, dafs die senile Hypertrophie der Prostata im wesentlichen eine Veränderung des Drüsengewebes ist, die zumeist lange Zeit, bezw. bis zum Tode den Charakter einer gutartigen adenomatösen Wucherung zeigt. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen (unter den von den Verfassern untersuchten 86 Fällen zwölfmal) verwandelt sich diese adenomatöse Wucherung ganz allmählich in eine maligne epitheliale Neubildung. Die Entwickelung der gutartigen Wucherung zur bösartigen Neubildung weist folgende Stufen auf: einfaches, cystisches oder fibröses Adenom; adenoides, circumscriptes Epitheliom; epitheliale Infiltration des Stroma; alveoläres, intrakapsuläres, circumscriptes Carcinom; diffuses Carcinom.

3. **Steinbildung in der Blase mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist,** von Hénesco. Der Verfasser hat bei einem 19jährigen Mädchen, das als Kind eine eitrige Hüftgelenksentzündung durchgemacht hatte, ein Knochenstückchen als Kern eines Blasensteins. Zweifellos hatte sich bei der Gelenksentzündung an der Innenseite des Gelenks ein Abscefs gebildet, der in die Blase durchbrach und so den Weg für den Sequester bahnte. — Aufserdem beschreibt der Verfasser zwei Fälle, in denen Seidenfäden den Kern von Blasensteinen bildeten. In dem einen Falle waren die Fäden bei einer Ovariotomie in die Beckenhöhle versenkt worden und durch einen entzündlichen Prozefs in die Blase gelangt, im zweiten Falle stammten die Fäden von einer Herniotomie her, die von einer langen Eiterung gefolgt war.

4. **Cystoskopie und Lithotripsie beim Weibe,** von Pasteau. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der den Nutzen der Cystoskopie für die Konstatierung eines Blasensteins, die Bestimmung seines Sitzes, aber auch — unter gewissen Verhältnissen — für die Lithotripsie beweist. Es handelte sich um eine Frau mit einem Divertikel der Blase, in dem sich ein Stein festgesetzt hatte. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, den Stein zu finden bezw. zu fassen, gelang es erst mit Hülfe des Albarranschen, zur Katheterisierung der Ureteren dienenden Cystoskops, den Stein mit einem Mandrin aus dem Divertikel in die Blase zu bringen und zu zerkleinern.

5. **Über die Verwendung von Gelatinelösung bei den durch Neoplasmen hervorgerufenen Blasenblutungen,** von Noguès. Angeregt durch die guten Erfolge, die Carnot, Liebdey und Martin mit der Verwendung von Gelatine bei Blutungen aus dem Uterus und dem Rectum erzielt hatten, wandte der Verfasser in vier Fällen bei Blasenblutung bei inoperablen Tumoren Injektionen von Gelatine (5 g Gelatine auf 100 g 0,7%iger Kochsalzlösung im Wasserbade flüssig gemacht) an. Eine deutliche blutstillende Wirkung trat nicht auf, wahrscheinlich weil die Kontraktionen der Blase eine feste Anlagerung der Gelatine an die Gefäfswände und damit die Koagulation unmöglich machen.

Negerin gestillt worden ist. Über den Gesundheitszustand der letzteren konnte nichts eruiert werden. Die Frage, ob die Patientien, die in Kopenhagen lebt, für ihre Umgebung gefährlich ist, verneint Verfasser, weil die vorliegende rein anästhetische, mutilierende Form erfahrungsgemäfs als sehr wenig ansteckend angesehen werden kann.

III. **Über Suspensorien und ihren Ersatz**, von M. Friedländer-Berlin. Die gebräuchlichen Suspensorien leiden mehr oder weniger alle an dem Übel, dafs sie keine zweckmäfsige Bandage bilden, welche das erkrankte Organ wirklich hebt und damit die Samenstränge entlastet. Erschwert wird dies allerdings dadurch, dafs der Körper keinen genügenden Stützpunkt bietet, um einen Zug allein nach oben zu ermöglichen, weshalb bei den Modellen die sogenannten Schenkelriemen mit zu Hülfe genommen werden, die jedoch mehr einen Zug nach hinten ausüben und dadurch den eigentlichen Zweck des Suspensoriums ziemlich illusorisch machen. Das Zeisl-Langlebertsche und das vom Verfasser konstruierte Suspensorium, welches auf die Schenkelriemen Verzicht leistet, bedeutet nach dieser Richtung hin einen Fortschritt. Die elastischen Kompressionssuspensorien und die Frickeschen Heftpflasterverbände haben den gemeinsamen Nachteil, dafs sie nicht suspendieren, sondern fast nur komprimieren, dadurch kann aber der Funiculus spermaticus, durch dessen Zerrung gerade die heftigsten Schmerzen entstehen, nicht entlastet werden. Die neuerdings nach K. Gersons Angaben von P. Beiersdorf & Co. in Hamburg-Eimsbüttel angefertigte Pflastersuspensionsbinde verfolgt den Zweck, den Hoden zu suspendieren und wenn nötig ihn auch zu komprimieren. Das Anlegen der Binde ist aufserordentlich leicht, die Patienten lernen rasch den Gebrauch der Binde; unangenehme Nebenwirkungen, wie Hautreizung oder Ekzem infolge des Pflasters wurden nie beobachtet. In Prof. Lassars Klinik sind mit der Gersonschen Binde gute Resultate erzielt worden. In einem Falle wurden dem Patienten, der trotz Bettruhe und Eiskühlungen zwei Nächte nicht schlafen konnte, durch den Gersonschen Verband die Schmerzen augenblicklich beseitigt. Wegen der grofsen unleugbaren Vorteile, zu denen auch der geringe Preis hinzukommt, ist die Verbreitung der Gersonschen Pflastersuspensionsbinde in weiteren Kreisen nur zu wünschen. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 9.

Über die Cystostomia suprapubica, von Xavier Delore. Die Cystostomia suprapubica, in Deutschland „Witzelsche Schrägfistel" genannt, ist nichts weiter als eine Sectio alta, mit nachfolgender Vernähung der Ränder der Blasen- mit denen der Bauchdeckenwunde. Sie bezweckt, eine Harnröhre herzustellen und diese entweder dauernd oder eine zeitlang offen zu halten. Verfasser bespricht die Geschichte der Operation und ihre Ausführung. Was die Indikation anbelangt, so kann sie als temporäre Cystostomie bei allen heftigen Blasenentzündungen ausgeführt werden, um eine zeitweilige Ruhigstellung der Blase zu bewirken. Als dauernde Cystostomie kommt sie vor allem bei Prostatikern in Betracht und wirkt da häufig lebensrettend. Die funktionellen Resultate sollen sehr gute sein, in vielen Fällen bildet sich ein Sphinkter aus, der eine gewisse Kontinenz ermöglicht. In den übrigen läfst sich durch das Tragen eines passenden Urinals das Überfliefsen des Urins verhindern.

F. Hahn-Bremen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 8.

1. **Über die Behandlung der Infektion der Blase mittelst der Sectio alta,** von PICQUÉ. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt der Verfasser die Sectio alta in den Fällen von unkomplizierter Infektion der Blase, in denen Katheterisierung und Blasenspülungen nicht sehr rasche Besserung bewirken, ferner in allen mit Pyelo-Nephritis komplizierten Fällen; hier muſs die Operation möglichst bald gemacht werden, damit sich die Infektion nicht weiter ausbreiten kann. In den mit irreparablen Veränderungen des Nierenparenchyms komplizierten Fällen ist ein operatives Eingreifen erfolglos.

2. **Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der Prostata,** von ALBARRAN und HALLÉ. Die anatomisch-pathologischen Untersuchungen der Verfasser haben ergeben, daſs die senile Hypertrophie der Prostata im wesentlichen eine Veränderung des Drüsengewebes ist, die zumeist lange Zeit, bezw. bis zum Tode den Charakter einer gutartigen adenomatösen Wucherung zeigt. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen (unter den von den Verfassern untersuchten 86 Fällen zwölfmal) verwandelt sich diese adenomatöse Wucherung ganz allmählich in eine maligne epitheliale Neubildung. Die Entwickelung der gutartigen Wucherung zur bösartigen Neubildung weist folgende Stufen auf: einfaches, cystisches oder fibröses Adenom; adenoides, circumscriptes Epitheliom; epitheliale Infiltration des Stroma; alveoläres, intrakapsuläres, circumscriptes Carcinom; diffuses Carcinom.

3. **Steinbildung in der Blase mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist,** von HÉNESCO. Der Verfasser fand bei einem 19jährigen Mädchen, das als Kind eine eitrige Hüftgelenksentzündung durchgemacht hatte, ein Knochenstückchen als Kern eines Blasensteins. Zweifellos hatte sich bei der Gelenksentzündung an der Innenseite des Gelenks ein Abscefs gebildet, der in die Blase durchbrach und so den Weg für den Sequester bahnte. — Aufserdem beschreibt der Verfasser zwei Fälle, in denen Seidenfäden den Kern von Blasensteinen bildeten. In dem einen Falle waren die Fäden bei einer Ovariotomie in die Beckenhöhle versenkt worden und durch einen entzündlichen Prozefs in die Blase gelangt, im zweiten Falle stammten die Fäden von einer Herniotomie her, die von einer langen Eiterung gefolgt war.

4. **Cystoskopie und Lithotripsie beim Weibe,** von PASTEAU. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der den Nutzen der Cystoskopie für die Konstatierung eines Blasensteins, die Bestimmung seines Sitzes, aber auch — unter gewissen Verhältnissen — für die Lithotripsie beweist. Es handelte sich um eine Frau mit einem Divertikel der Blase, in dem sich ein Stein festgesetzt hatte. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, den Stein zu finden bezw. zu fassen, gelang es erst mit Hülfe des LEARRANschen, zur Katheterisierung der Ureteren dienenden Cystoskops, den Stein mit einem Mandrin aus dem Divertikel in die Blase zu bringen und zu zerkleinern.

5. **Über die Verwendung von Gelatinelösung bei den durch Neoplasmen hervorgerufenen Blasenblutungen,** von NOGUÈS. Angeregt durch die guten Erfolge, die CARNOT, LIEBDEY und MARTIN mit der Verwendung von Gelatine bei Blutungen aus dem Uterus und dem Rectum erzielt hatten, wandte der Verfasser in vier Fällen von Blasenblutung bei inoperablen Tumoren Injektionen von Gelatine (5 g Gelatine auf 100 g 0,7%iger Kochsalzlösung im Wasserbade flüssig gemacht) an. Eine deutliche blutstillende Wirkung trat nicht auf, wahrscheinlich weil die Kontraktionen der Blase eine feste Anlagerung der Gelatine an die Gefäfswände und damit die Koagulation unmöglich machen.

Negerin gestillt worden ist. Über den Gesundheitszustand der letzteren konnte nichts eruiert werden. Die Frage, ob die Patientien, die in Kopenhagen lebt, für ihre Umgebung gefährlich ist, verneint Verfasser, weil die vorliegende rein anästhetische, mutilierende Form erfahrungsgemäfs als sehr wenig ansteckend angesehen werden kann.

III. **Über Suspensorien und ihren Ersatz**, von M. Friedländer-Berlin. Die gebräuchlichen Suspensorien leiden mehr oder weniger alle an dem Übel, dafs sie keine zweckmäfsige Bandage bilden, welche das erkrankte Organ wirklich hebt und damit die Samenstränge entlastet. Erschwert wird dies allerdings dadurch, dafs der Körper keinen genügenden Stützpunkt bietet, um einen Zug allein nach oben zu ermöglichen, weshalb bei den Modellen die sogenannten Schenkelriemen mit zu Hülfe genommen werden, die jedoch mehr einen Zug nach hinten ausüben und dadurch den eigentlichen Zweck des Suspensoriums ziemlich illusorisch machen. Das Zeisl-Langlebertsche und das vom Verfasser konstruierte Suspensorium, welches auf die Schenkelriemen Verzicht leistet, bedeutet nach dieser Richtung hin einen Fortschritt. Die elastischen Kompressionssuspensorien und die Frickeschen Heftpflasterverbände haben den gemeinsamen Nachteil, dafs sie nicht suspendieren, sondern fast nur komprimieren, dadurch kann aber der Funiculus spermaticus, durch dessen Zerrung gerade die heftigsten Schmerzen entstehen, nicht entlastet werden. Die neuerdings nach K. Gersons Angaben von P. Beiersdorf & Co. in Hamburg-Eimsbüttel angefertigte Pflastersuspensionsbinde verfolgt den Zweck, den Hoden zu suspendieren und wenn nötig ihn auch zu komprimieren. Das Anlegen der Binde ist aufserordentlich leicht, die Patienten lernen rasch den Gebrauch der Binde; unangenehme Nebenwirkungen, wie Hautreizung oder Ekzem infolge des Pflasters wurden nie beobachtet. In Prof. Lassars Klinik sind mit der Gersonschen Binde gute Resultate erzielt worden. In einem Falle wurden dem Patienten, der trotz Bettruhe und Eiskühlungen zwei Nächte nicht schlafen konnte, durch den Gersonschen Verband die Schmerzen augenblicklich beseitigt. Wegen der grofsen unleugbaren Vorteile, zu denen auch der geringe Preis hinzukommt, ist die Verbreitung der Gersonschen Pflastersuspensionsbinde in weiteren Kreisen nur zu wünschen. *C. Berliner-Aachen*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 9.

Über die Cystostomia suprapubica, von Xavier Delore. Die Cystostomia suprapubica, in Deutschland „Witzelsche Schrägfistel" genannt, ist nichts weiter als eine Sectio alta, mit nachfolgender Vernähung der Ränder der Blasen- mit denen der Bauchdeckenwunde. Sie bezweckt, eine Harnröhre herzustellen und diese entweder dauernd oder eine zeitlang offen zu halten. Verfasser bespricht die Geschichte der Operation und ihre Ausführung. Was die Indikation anbelangt, so kann sie als temporäre Cystostomie bei allen heftigen Blasenentzündungen ausgeführt werden, um eine zeitweilige Ruhigstellung der Blase zu bewirken. Als dauernde Cystostomie kommt sie vor allem bei Prostatikern in Betracht und wirkt da häufig lebensrettend. Die funktionellen Resultate sollen sehr gute sein, in vielen Fällen bildet sich ein Sphinkter aus, der eine gewisse Kontinenz ermöglicht. In den übrigen läfst sich durch das Tragen eines passenden Urinals das Überfliefsen des Urins verhindern.

F. Hahn-Bremen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 8.

1. **Über die Behandlung der Infektion der Blase mittelst der Sectio alta,** von Picqué. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt der Verfasser die Sectio alta in den Fällen von unkomplizierter Infektion der Blase, in denen Katheterisierung und Blasenspülungen nicht sehr rasche Besserung bewirken, ferner in allen mit Pyelo-Nephritis komplizierten Fällen; hier mufs die Operation möglichst bald gemacht werden, damit sich die Infektion nicht weiter ausbreiten kann. In den mit irreparablen Veränderungen des Nierenparenchyms komplizierten Fällen ist ein operatives Eingreifen erfolglos.

2. **Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der Prostata,** von Albarran und Hallé. Die anatomisch-pathologischen Untersuchungen der Verfasser haben ergeben, dafs die senile Hypertrophie der Prostata im wesentlichen eine Veränderung des Drüsengewebes ist, die zumeist lange Zeit, bezw. bis zum Tode den Charakter einer gutartigen adenomatösen Wucherung zeigt. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen (unter den von den Verfassern untersuchten 86 Fällen zwölfmal) verwandelt sich diese adenomatöse Wucherung ganz allmählich in eine maligne epitheliale Neubildung. Die Entwickelung der gutartigen Wucherung zur bösartigen Neubildung weist folgende Stufen auf: einfaches, cystisches oder fibröses Adenom; adenoides, circumscriptes Epitheliom; epitheliale Infiltration des Stroma; alveoläres, intrakapsuläres, circumscriptes Carcinom; diffuses Carcinom.

3. **Steinbildung in der Blase mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist,** von Hénesco. Der Verfasser fand bei einem 19jährigen Mädchen, das als Kind eine eitrige Hüftgelenksentzündung durchgemacht hatte, ein Knochenstückchen als Kern eines Blasensteins. Zweifellos hatte sich bei der Gelenksentzündung an der Innenseite des Gelenks ein Abscefs gebildet, der in die Blase durchbrach und so den Weg für den Sequester bahnte. — Aufserdem beschreibt der Verfasser zwei Fälle, in denen Seidenfäden den Kern von Blasensteinen bildeten. In dem einen Falle waren die Fäden bei einer Ovariotomie in die Beckenhöhle versenkt worden und durch einen entzündlichen Prozefs in die Blase gelangt, im zweiten Falle stammten die Fäden von einer Herniotomie her, die von einer langen Eiterung gefolgt war.

4. **Cystoskopie und Lithotripsie beim Weibe,** von Pasteau. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der den Nutzen der Cystoskopie für die Konstatierung eines Blasensteins, die Bestimmung seines Sitzes, aber auch — unter gewissen Verhältnissen — für die Lithotripsie beweist. Es handelte sich um eine Frau mit einem Divertikel der Blase, in dem sich ein Stein festgesetzt hatte. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, den Stein zu finden bezw. zu fassen, gelang es erst mit Hülfe des Albarranschen, zur Katheterisierung der Ureteren dienenden Cystoskops, den Stein mit einem Mandrin aus dem Divertikel in die Blase zu bringen und zu zerkleinern.

5. **Über die Verwendung von Gelatinelösung bei den durch Neoplasmen hervorgerufenen Blasenblutungen,** von Noguès. Angeregt durch die guten Erfolge, die Carnot, Liebdey und Martin mit der Verwendung von Gelatine bei Blutungen aus dem Uterus und dem Rectum erzielt hatten, wandte der Verfasser in vier Fällen von Blasenblutung bei inoperablen Tumoren Injektionen von Gelatine (5 g Gelatine auf 100 g 0,7%iger Kochsalzlösung im Wasserbade flüssig gemacht) an. Eine deutliche blutstillende Wirkung trat nicht auf, wahrscheinlich weil die Kontraktionen der Blase eine feste Anlagerung der Gelatine an die Gefäfswände und damit die Koagulation unmöglich machen.

Negerin gestillt worden ist. Über den Gesundheitszustand der letzteren konnte nichts eruiert werden. Die Frage, ob die Patientien, die in Kopenhagen lebt, für ihre Umgebung gefährlich ist, verneint Verfasser, weil die vorliegende rein anästhetische, mutilierende Form erfahrungsgemäfs als sehr wenig ansteckend angesehen werden kann.

III. **Über Suspensorien und ihren Ersatz**, von M. Friedländer-Berlin. Die gebräuchlichen Suspensorien leiden mehr oder weniger alle an dem Übel, dafs sie keine zweckmäfsige Bandage bilden, welche das erkrankte Organ wirklich hebt und damit die Samenstränge entlastet. Erschwert wird dies allerdings dadurch, dafs der Körper keinen genügenden Stützpunkt bietet, um einen Zug allein nach oben zu ermöglichen, weshalb bei den Modellen die sogenannten Schenkelriemen mit zu Hülfe genommen werden, die jedoch mehr einen Zug nach hinten ausüben und dadurch den eigentlichen Zweck des Suspensoriums ziemlich illusorisch machen. Das Zeissl-Langlebertsche und das vom Verfasser konstruierte Suspensorium, welches auf die Schenkelriemen Verzicht leistet, bedeutet nach dieser Richtung hin einen Fortschritt. Die elastischen Kompressionssuspensorien und die Frickeschen Heftpflasterverbände haben den gemeinsamen Nachteil, dafs sie nicht suspendieren, sondern fast nur komprimieren, dadurch kann aber der Funiculus spermaticus, durch dessen Zerrung gerade die heftigsten Schmerzen entstehen, nicht entlastet werden. Die neuerdings nach K. Gersons Angaben von P. Beiersdorf & Co. in Hamburg-Eimsbüttel angefertigte Pflastersuspensionsbinde verfolgt den Zweck, den Hoden zu suspendieren und wenn nötig ihn auch zu komprimieren. Das Anlegen der Binde ist aufserordentlich leicht, die Patienten lernen rasch den Gebrauch der Binde; unangenehme Nebenwirkungen, wie Hautreizung oder Ekzem infolge des Pflasters wurden nie beobachtet. In Prof. Lassars Klinik sind mit der Gersonschen Binde gute Resultate erzielt worden. In einem Falle wurden dem Patienten, der trotz Bettruhe und Eiskühlungen zwei Nächte nicht schlafen konnte, durch den Gersonschen Verband die Schmerzen augenblicklich beseitigt. Wegen der grofsen unleugbaren Vorteile, zu denen auch der geringe Preis hinzukommt, ist die Verbreitung der Gersonschen Pflastersuspensionsbinde in weiteren Kreisen nur zu wünschen. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 9.

Über die Cystostomia suprapubica, von Xavier Delore. Die Cystostomia suprapubica, in Deutschland „Witzelsche Schrägfistel" genannt, ist nichts weiter als eine Sectio alta, mit nachfolgender Vernähung der Ränder der Blasen- mit denen der Bauchdeckenwunde. Sie bezweckt, eine Harnröhre herzustellen und diese entweder dauernd oder eine zeitlang offen zu halten. Verfasser bespricht die Geschichte der Operation und ihre Ausführung. Was die Indikation anbelangt, so kann sie als temporäre Cystostomie bei allen heftigen Blasenentzündungen ausgeführt werden, um eine zeitweilige Ruhigstellung der Blase zu bewirken. Als dauernde Cystostomie kommt sie vor allem bei Prostatikern in Betracht und wirkt da häufig lebensrettend. Die funktionellen Resultate sollen sehr gute sein, in vielen Fällen bildet sich ein Sphinkter aus, der eine gewisse Kontinenz ermöglicht. In den übrigen läfst sich durch das Tragen eines passenden Urinals das Überfliefsen des Urins verhindern.

F. Hahn-Bremen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 8.

1. **Über die Behandlung der Infektion der Blase mittelst der Sectio alta,** von Picqué. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt der Verfasser die Sectio alta in den Fällen von unkomplizierter Infektion der Blase, in denen Katheterisierung und Blasenspülungen nicht sehr rasche Besserung bewirken, ferner in allen mit Pyelo-Nephritis komplizierten Fällen; hier muſs die Operation möglichst bald gemacht werden, damit sich die Infektion nicht weiter ausbreiten kann. In den mit irreparablen Veränderungen des Nierenparenchyms komplizierten Fällen ist ein operatives Eingreifen erfolglos.

2. **Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der Prostata,** von Albarran und Hallé. Die anatomisch-pathologischen Untersuchungen der Verfasser haben ergeben, daſs die senile Hypertrophie der Prostata im wesentlichen eine Veränderung des Drüsengewebes ist, die zumeist lange Zeit, bezw. bis zum Tode den Charakter einer gutartigen adenomatösen Wucherung zeigt. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen (unter den von den Verfassern untersuchten 86 Fällen zwölfmal) verwandelt sich diese adenomatöse Wucherung ganz allmählich in eine maligne epitheliale Neubildung. Die Entwickelung der gutartigen Wucherung zur bösartigen Neubildung weist folgende Stufen auf: einfaches, cystisches oder fibröses Adenom; adenoides, circumscriptes Epitheliom; epitheliale Infiltration des Stroma; alveoläres, intrakapsuläres, circumscriptes Carcinom; diffuses Carcinom.

3. **Steinbildung in der Blase mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist,** von Hénesco. Der Verfasser fand bei einem 19jährigen Mädchen, das als Kind eine eitrige Hüftgelenksentzündung durchgemacht hatte, ein Knochenstückchen als Kern eines Blasensteins. Zweifellos hatte sich bei der Gelenksentzündung an der Innenseite des Gelenks ein Abscefs gebildet, der in die Blase durchbrach und so den Weg für den Sequester bahnte. — Aufserdem beschreibt der Verfasser zwei Fälle, in denen Seidenfäden den Kern von Blasensteinen bildeten. In dem einen Falle waren die Fäden bei einer Ovariotomie in die Beckenhöhle versenkt worden und durch einen entzündlichen Prozefs in die Blase gelangt, im zweiten Falle stammten die Fäden von einer Herniotomie her, die von einer langen Eiterung gefolgt war.

4. **Cystoskopie und Lithotripsie beim Weibe,** von Pasteau. Der Verfasser beschreibt einen Fall, der den Nutzen der Cystoskopie für die Konstatierung eines Blasensteins, die Bestimmung seines Sitzes, aber auch — unter gewissen Verhältnissen — für die Lithotripsie beweist. Es handelte sich um eine Frau mit einem Divertikel der Blase, in dem sich ein Stein festgesetzt hatte. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, den Stein zu finden bezw. zu fassen, gelang es erst mit Hülfe des Albarranschen, zur Katheterisierung der Ureteren dienenden Cystoskops, den Stein mit einem Mandrin aus dem Divertikel in die Blase zu bringen und zu zerkleinern.

5. **Über die Verwendung von Gelatinelösung bei den durch Neoplasmen hervorgerufenen Blasenblutungen,** von Noguès. Angeregt durch die guten Erfolge, die Carnot, Libredey und Martin mit der Verwendung von Gelatine bei Blutungen aus dem Uterus und dem Rectum erzielt hatten, wandte der Verfasser in vier Fällen von Blasenblutung bei inoperablen Tumoren Injektionen von Gelatine (5 g Gelatine auf 100 g 0,7%iger Kochsalzlösung im Wasserbade flüssig gemacht) an. Eine deutliche blutstillende Wirkung trat nicht auf, wahrscheinlich weil die Kontraktionen der Blase eine feste Anlagerung der Gelatine an die Gefäfswände und damit die Koagulation unmöglich machen.

Über die Beziehungen zwischen der arteriellen Spannung und der Kontraktilität der Blase bei Prostatikern, von Genouville und Pasteau. Zufolge der von den Verfassern gewonnenen Untersuchungsresultate scheinen zwischen der arteriellen Spannung und der Kontraktilität der Blase bei Prostatikern konstante wechselseitige Beziehungen zu bestehen. Die Verfasser fanden nämlich bei normaler Kontraktilität der Blase eine hohe arterielle Spannung (+ 12—14 cm Hg), eine Herabsetzung der Spannung dagegen bei und proportional mit einer Verminderung der Kontraktilität (+ 10—12 cm Hg bei mittelmäfsiger, + 8—10 cm Hg bei schlechter Kontraktilität). Wenn sich diese Verhältnisse bestätigen, so giebt die jederzeit leicht ausführbare sphygmometrische Untersuchung einen wohl brauchbaren Mafsstab für die Beurteilung der Kontraktilität der Blase auch ohne manometrische Untersuchung, die stets schwierig, in vielen Fällen sogar unmöglich ist. Die Verfasser glauben, dafs die Verminderung der Spannung wenigstens zum Teile durch eine Verminderung des Tonus in den Gefäfswänden hervorgerufen ist; die verminderte Spannung und die verminderte Kontraktilität wären dann beide als Symptome einer allgemeinen Erschlaffung der glatten Muskulatur aufzufassen. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Über Behandlung von Frostbeulen, von C. Binz. (*Zeitschr. f. prakt. Ärzte* 1897. No. 19.) Die üblichen Mittel gegen Frostbeulen wirken nicht, weil sie die Epidermis nicht durchdringen. Dazu bedarf es flüchtiger Heilmittel. Als solches empfiehlt Verfasser das Chlor im Chlorkalk nach der Formel:

Calcar. chlorat.	1,0
Ung. Paraff.	9,0

Mf. ung. subtiliss. d. in vitro fusco.
Ds. Äufserlich.

Abends wird ein erbsen- bis bohnengrofses Stück sanft 5 Minuten lang in die schmerzhafte Stelle eingerieben und darüber ein Verband mit schwer durchdringlichem Stoff gemacht. Entzündung und Schmerz schwinden in der Regel in einer Woche, wenn das Übel nicht zu alt ist und keine Verschwärung vorhanden ist. Auch die bei Kälte eintretende Nasenröte kann so behandelt werden. — Die Wirkung kommt zu stande durch Hemmung der Bewegungsfähigkeit der Leukocyten und Verengerung der Gefäfse durch das freiwerdende Chlor. — Von gröfster Wichtigkeit ist die Beschaffenheit der Salbe. Schweinefett und Lanolin sind für dieselbe nicht brauchbar, weil aus ihnen das Chlor schnell verschwindet. Die Salbe mufs stark nach Chlorkalk riechen. — Unterstützend wirken Behandlung etwa vorhandener Anämie, kalte Fufsbäder, in der warmen Jahreszeit begonnen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von A. Mouillot. (*Brit. med. Journ.* 25. Sept. 1897.) Die 15jährige Patientin hatte eiskalte Hände und Füfse und ebenso die Nasenspitze. Die Ohren waren ganz warm. Die Extremitäten sahen bläulichschwarz aus, wenn es kalt, und tief-rot, wenn es warm war. Die linke Hand war

stark geschwollen; die Finger wurden gestreckt gehalten und konnten nicht gebeugt werden. Jeder Versuch, dieses zu thun, war äufserst schmerzhaft. Die Kälte und die schwarze Farbe erstreckten sich auf die Hälfte des linken Vorderarmes. Der Zustand der Nägel war ganz eigentümlich. Sie sahen schneeweifs aus und waren sehr lang gewachsen, weil das Schneiden derselben der Patientin intensive Schmerzen verursachte. Bisweilen werden Hände und Füfse heifs und sind dann weit empfindlicher. Die Behandlung bestand in kräftiger Ernährung der Patientin, gleichmäfsiger Temperatur des Krankenzimmers und vorsichtiger, geschickter Massage der befallenen Teile. Nach 7 Wochen konnte das Mädchen als gesund aus der Behandlung entlassen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von akuter septischer Gangrän, von J. C. Taylor. (*Brit. med. Journ.* 21. August 1897.) Einem Schiffskoch war beim Fleischhacken ein Knochensplitter in die Gegend des linken Handgelenks gefahren. Er beachtete die Wunde gar nicht, bis der Arm in bedenklicher Weise anschwoll. Da der Zustand des Patienten einen lebensgefährlichen Charakter annahm, so wurden vier Incisionen gemacht. Die vorher hohe Temperatur fiel in den nächsten Tagen nahezu zur Norm, aber an der Stelle der ursprünglichen Wunde und der Incisionen entwickelte sich Gangrän. Gleichzeitig schwoll der Arm bis hinauf zum Schultergelenk um das doppelte an. Folgendes Verfahren erwies sich als heilsam. Der Arm wurde etwa bis zur Mitte des Oberarmes in ein ziemlich heifses Bad einer Sublimatlösung von 1 : 6000 getaucht und verblieb darin, bis das Wasser erkaltet war. Hierauf wurde das letztere durch neue warme Sublimatlösung ersetzt und das Baden in derselben Weise fortgesetzt. Schon nach Verlauf von 12 Stunden war die Temperatur des Armes niedriger, der Vorderarm weniger entzündet und der obere Teil desselben abgeschwollen. Gleichzeitig schien die Gangrän zum Stillstand gekommen zu sein. Die Besserung schritt, wenn auch langsam, so doch stetig fort. Trotzdem der Arm 21 Tage mit warmen, permanenten Sublimatbädern behandelt wurde, zeigte der Patient dennoch keinerlei Erscheinungen von Merkurialismus. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von symmetrischer Gangrän in Verbindung mit peripherer Neuritis, von N. G. Munro. (*Brit. med. Journ.* 11. Sept. 1897.) Der 46jährige Patient, Angestellter auf einem von Nordamerika über Honolulu nach Japan fahrenden Dampfschiffe, fühlte seit einiger Zeit eine Schwäche und Taubheit in den Beinen. Da er kaum noch gehen konnte, so wurde er bei der Ankunft in Yokohama dem Allgemeinen Krankenhause zur Behandlung übergeben. Bei der Aufnahme zeigte der Patient Ödem über den Tibiae und Verlust der Sensibilität in derselben Region. Die Kniereflexe fehlten an beiden Seiten. Cremaster- und Abdominalreflexe normal. Puls beschleunigt. Urinmenge gering, aber frei von Zucker und Eiweifs. Über den Fufsspitzen beiderseits eine dünne, schwarze Linie, die sich bei genauer Betrachtung als fortschreitende Gangrän erwies. Der Prozefs dehnte sich langsam in einer trockenen Form aus. Etwa 3 Wochen nach der Aufnahme des Patienten hatte sich 2 Zoll über den Knöcheln beider Füfse eine Demarkationslinie gebildet. Da sich septische Erscheinungen bei dem Patienten einstellten, so wurden beide Füfse amputiert. Es erfolgte Heilung des gangränösen Prozesses. In ätiologischer Beziehung ist von Interesse, dafs Patient wiederholentlich der kalten Witterung ausgesetzt war. Die Kälte scheint reizend auf die Vasokonstriktoren und lähmend auf die Vasodilatatoren gewirkt zu haben. *C. Berliner-Aachen.*

Ein für Menschen und Tiere pathogener Coccus: Staphylococcus haemorrhagicus, von E. Klein. (*Brit. med. Journ.* 14. August 1897.) Der vorliegenden

Arbeit liegen 8 von Dr. Colby beobachtete Fälle zu Grunde. Der erste Fall betrifft einen Farmer, bei dem an der linken Hand ein Knötchen auftrat. Dasselbe vergrößerte sich nach und nach zu einer beträchtlichen Blase. Wie der Patient glaubt, habe er die Affektion von einem Schafe empfangen, welches gestorben und von ihm abgehäutet worden war. Die Blasendecke war durchscheinend und verdickt, die Umgebung gerötet. — Der Ursprung der Erkrankung in den beiden anderen Fällen konnte ebenfalls auf erkrankte Schafe zurückgeführt werden. Die mikroskopische Untersuchung des blutig-serösen Inhaltes der Blase von Fall 2 ergab zahlreiche rote Blutkörperchen, Leukocyten und Kokken. Letztere hatten einen Durchmesser von 0,4—0,6 μ. Die Reinzüchtung und Überimpfung des nach der Ansicht des Verfassers pathogenen Coccus auf Schafe rief bei diesen an der Impfstelle unter schweren Allgemeinerscheinungen eine ausgedehnte, dunkelrote, sich heiß anfühlende, hämorrhagische Schwellung hervor, die schließlich zur Nekrose der darüber befindlichen Haut führte. Ähnliche Resultate lieferten Impfungen an Kaninchen. Die geimpften Tiere gingen nach kürzerer oder längerer Zeit zu Grunde. Verfasser bezeichnet den pathogenen Coccus als „Staphylococcus haemorrhagicus". *C. Berliner-Aachen.*

Ein zweiter Fall Barlowscher Krankheit, von Georg Liebe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 13.) Das bis dahin gesunde, 9 Monate gestillte, dann mit gekochter (nicht sterilisierter) Milch und gemischter Kost genährte Kind erkrankte, ca. 1¾ Jahre alt, mit Bildung erhabener roter Flecken, ähnlich den durch Kontusionen entstandenen, an beiden Beinen, die geschwollen und sehr schmerzhaft waren. Später breiteten sich die Flecken auch auf die Arme aus. Das Kind fieberte und konnte sich wenig bewegen. Das Fieber hielt ca. 14 Tage an, dann gingen alle Erscheinungen allmählich zurück. — Die Therapie bestand in der Darreichung von roher Milch, Obst, Citronenlimonade, Hämoglobinchokolade, Hartensteinscher Leguminose. — Als ätiologisches Moment ließe sich höchstens anführen, daß die Milch stundenlang vor oder nach dem Aufkochen auf dem sehr warmen Herde gestanden hat. — Von Interesse ist, daß eine kleine Schwester der Patientin auch an Barlowscher Krankheit gelitten hatte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Barlowsche Krankheit, von Zuppinger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 17.) An der Hand zweier mitgeteilter Fälle geht Verfasser genauer auf die Pathologie der Barlowschen Krankheit ein. Er ist geneigt anzunehmen, daß es sich bei derselben um Scorbut im frühen Kindesalter handelt; die Differenzen sind durch das Alter der Patienten und die fast gleichzeitig vorhandene Rachitis zu erklären. Die gewöhnlich angeführten ätiologischen Momente, die auf falsche Ernährung meist herauskommen, sind nur als disponierende anzusehen. Im Grunde wird es sich wohl um eine infektiöse Schädlichkeit, wie bei den andern hämorrhagischen Diathesen, handeln. — Als auffallende, weil seltenere Symptome hebt Verfasser in seinen Fällen die verbreiteten Hauthämorrhagien, Pemphigusblasen, die Blutergüsse in den tieferen Hautschichten hervor. Die Abhebung der ganzen Kopfschwarte durch hämorrhagischen Erguß ist auch sehr bemerkenswert, ebenso eine hämorrhagische Infiltration und Neurose des Präputiums, Bluterguß in die Ohrmuscheln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der Möller (Barlow)schen Krankheit, von Baron. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 18 u. 19.) Verfasser schildert einige von ihm beobachtete Fälle von Barlowscher Krankheit und kommt zu dem Schluß, daß dieselbe weder als akute Rachitis noch als infantiler Scorbut aufzufassen sei. Vielmehr sieht er sie als eine Infektion — dafür spricht Fieber und Milztumor — wahrscheinlich vom Magendarmkanal aus an, zumal bei rachitischen Kindern gern eine Verminderung der

Salzsäureausscheidung vorkommt, die das Wachstum der Bakterien erleichtert. Hierdurch würde sich auch die gute Wirkung des Citronen- und Orangensaftes bei Barlowscher Krankheit erklären lassen, ebenso die der Bierhefe, die durch Absorption des phosphorsauren Kaliums allmählich die Alkalescenz des Blutes herabsetzt.

F. Hahn-Bremen.

Fall von schwerer renaler Hämophilie bei einem 5jährigen Kind, von W. J. Robinson, New York. (*Med. News.* 24. Juli 1897.) Die Mutter leidet an profuser Menstruation von 7 bis 9tägiger Dauer, deren Vater im 45. Jahre an Lungenblutung und Epistaxis, ein Bruder infolge Umbilikalhämorrhagie gestorben. Behandlung: Eisblase auf die linke leicht druckempfindliche Nierengegend; Natr. sulfur., Hydrastis, Ergotin, Eisen, Tonica längere Zeit hindurch; nach einem Jahre noch kein Recidiv. *H. Einhorn-München.*

Über einen einer Benzinintoxikation zugeschriebenen Fall von Purpura, von Lenoir und Claude. (*Presse méd. belge.* 1897. No. 46.) Es handelt sich um einen 27jährigen Färber, welcher an einem mäfsig starken Purpuraexanthem mit Blutungen aus der Nase, des Zahnfleisches und der Pleurahöhlen gelitten hatte und ziemlich plötzlich gestorben war. Bei der Autopsie konstatierte man ausgebreitete Blutungen in den inneren Organen. Der Mann hatte bei seiner Arbeit Tage lang Benzindämpfe einatmen müssen und öfters an Kopfschmerzen, Übelkeit, allgemeinem Unwohlsein etc. gelitten. *C. Müller-Genf.*

Ein tödlicher Fall von Purpura bei einem Säugling, von Th. Brinch. (*Hospitals-Tidende.* 1897. No. 43.) Verfasser teilt einen solchen Fall mit bei einem 7-monatlichen Säugling, der fast von seiner Geburt an an Diarrhoe gelitten hatte. Aufser zerstreuten, kleineren hämorrhagischen Flecken an der Haut entwickelte sich ziemlich akut ein Blutextravasat von der Gröfse einer erwachsenen Handfläche auf der rechten Seite des Kopfes, gleichzeitig cerebrale Symptome und schnell eintretender Tod. Keine Schleimhautblutungen; keine Hämophilie in der Familie. Der Fall scheint unter die von Henoch als „Purpura fulminans" bezeichnete, seltene Krankheitsform zu gehören. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Unkomplizierte Purpura bei Kindern, von Syers-Cantab. (*Lancet.* 12. Febr. 1898.) Verfasser betrachtet auf Grund eines reichen Materials von Purpura der Kinder ohne Komplikation mit rheumatischen Affektionen irgend welcher Art diese Erkrankung als eine leichtere Form von Scorbut. Mit Rheumatismus haben sie so wenig gemein, dafs S. einen Klappenfehler, der unter anderm dabei beobachtet wurde, für rein zufällig ansieht. Für seine Auffassung spricht, dafs zuweilen das Zahnfleisch weich ist und leicht blutet. Sonst keinerlei Symptome am Körper aufser den Purpuraflecken. Als Ätiologie bezeichnet Verfasser schlechte hygienische Lebensbedingungen und mangelhafte Nahrungsverhältnisse. Therapeutische Gesichtspunkte sind damit schon angedeutet. Keinerlei innerliche Medikation, wie Ergotin, Tannin oder Eisen. Diese bringen es höchstens noch zu Digestionsstörungen. Höchstens Chinin zu empfehlen. Hauptsache: Luft, Sonne, gute Kost. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Purpura rheumatica, von Johnson-Washington. (*Med. News.* 1. Januar 1898.) Verfasser berichtet über einen Fall von Purpura rheumatica, dessen Verlauf sich durch eine Teilung in drei Krankheitsperioden mit zwischenliegendem, 8 bis 10 Tage dauerndem relativen Wohlbefinden auszeichnete. Jede Attacke des Leidens war charakterisiert durch Koliken, begleitet von Gelenkschwellung und -schmerzen sowie folgenden Purpuraeruptionen. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Peliosis rheumatica, von ALDRICH-Philadelphia. (*Internat. Med. Magazine.* Januar 1898.) Verfasser behandelte einen Fall von Purpura haemorrhagica rheumatica, der — bei Mangel jeder anderen Infektionsmöglichkeit — infolge des Auftretens von Gelenkaffektionen wie Halsentzündung und hervorgerufen durch Witterungs-Saisonverhältnisse und Erkältung mit Entschiedenheit für eine rheumatische Natur der viel umstrittenen Krankheit spricht. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Purpura haemorrhagica nach Maltafieber, von MAC LEOD. (*Lancet.* 22. Mai 1897.) Der an „Mittelmeer"- oder „Malta"-Fieber schwer erkrankte Offizier wurde in einem sehr elenden Zustande nach Hause geschickt, erholte sich aber unter tonisierender Behandlung und Ernährung in einigen Tagen gut. Da trat plötzlich eine mäfsige Purpura auf, begleitet von enormen Blutungen aus Nase, Mund und Blase, sodafs er rasch an dem Blutverlust zu Grunde ging. Verfasser nimmt mit IMMERMANN an, dafs nach erschöpfenden Fiebern die kapillaren Blutgefäfse sich noch nicht genügend gekräftigt haben, um die rasch vermehrte Menge des Blutes bei wieder gekräftigter Herzkraft auszuhalten. *F. Hahn-Bremen.*

Tödlicher Fall von Purpura haemorrhagica und Pemphigus bei einem Rachitis-Kinde, von STEELE. (*Lancet.* 17. April 1897.) Das vierjährige Kind, welches immer schwach war und noch nicht laufen konnte, erkrankte unter hohem Fieber, beschleunigter Atmung, Nasenbluten, an einer ausgebreiteten Purpura. Im Centrum der grofsen Purpuraflecke fanden sich grofse Blasen mit blutigem Inhalt. Das Kind starb und bei der Autopsie fanden sich zahlreiche Blutungen in den Lungen. Die Knochen waren weich und porös, die Rippenenden verdickt.
F. Hahn-Bremen.

Über Purpura haemorrhagica, von L. WEBER. (*New York Med. Journ.* 10. April 1897.) Verfasser stellt die Pathognomie der Purpura haemorrhagica fest auf Grund von drei einschlägigen Fällen, die er beobachtet hat. Die Fälle bieten nicht besonders Interessantes, die Arbeit weifs auch über die Ätiologie der schweren Erkrankung nichts anzugeben, begnügt sich mit der Aufzählung aller möglichen Schädlichkeiten (in einem Falle häufige Blennorrhoen), welche eine gewisse „Veranlagung" schaffen. Therapeutisch rühmt Verfasser die Anwendung des Liq. ferr. sesquichlor., die gute Dienste zu leisten schien. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Purpura fulminans, von CLARA T. DERCUM. (*Philadelphia Med. Journ.* 4. Juni 1898.) Die 18jährige, aus Deutschland gebürtige, seit 2½ Jahren in Amerika weilende Patientin, litt seit ihrer Übersiedelung an Amenorrhoe, häufigem Nasenbluten, Dyspnoe, Herzpalpitationen und Kopfschmerzen. Später entwickelte sich eine follikuläre Conjunctivitis und Onychie fast aller Fingernägel. Patientin verlor schnell hintereinander sämtliche Zähne. Eisen, Arsenik, Milchdiät änderten wenig an dem Zustande. — Im Dezember 1895 entwickelte sich eine Gonitis dextra, die nach Ruhe, Elevation und Jodtinkturpinselungen zurückging. Das Nasenbluten stellte sich dabei wieder ein, wenige Tage später folgte eine überaus heftige Diarrhoe. Am 29. Dezember unstillbares Nasenbluten, Hustenanfälle, Blutspeien. Am 30. Dezember heftige Blutungen aus Ohren, Vagina und Haut. Am 31. Dezember Blutungen aus Rectum, Blase und Brustwarzen. Exitus am 1. Januar. — Die Sektion ergab auffallende Blässe aller Organe, Vergrösserung des linken Ovariums, sonst nichts Abnormes. Da die Patientin sehr unreinlich war und unter anderm Monate lang Urin in ihrem Schlafzimmer stehen liefs, so nimmt die Verfasserin eine Vergiftung durch zersetzten Urin als nicht unwahrscheinlich an. (?) *J. Bloch-Berlin.*

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall von **Herpes zoster, Gangrän und Tod** aus dem Stanley-Hospital zu London, von F. Deas. (*Lancet.* 30. Okt. 1897.) Ein 4jähriges Kind wurde zur Konsultation wegen eines Herpes gebracht, welcher in seiner Ausdehnung anfangs genau dem vom zwölften linken Dorsalnerven versorgten Hautbezirke entsprach, aber nach einigen Tagen sich in die weitere Umgebung verbreitete; die Behandlung bestand in lokalen Waschungen mit Liquor carbonis detergens und innerlicher Darreichung von Hg, da verschiedene äufsere Anzeichen sowie die Angaben der Mutter auf angeborene Syphilis schliefsen liefsen. Acht Tage nach der ersten Besichtigung war das Leiden fast völlig verschwunden, statt dessen zeigten die betreffenden Hautbezirke zahlreiche gangränöse Stellen von Zwanzigpfennig- bis Zweimarkstückgröfse und zwischen diesen intensive Entzündung der Haut. Das Kind machte einen schwerkranken Eindruck und wurde nun in die stationäre Abteilung des Spitals aufgenommen; in den vier Tagen des dortigen Aufenthaltes schwankte die Körpertemperatur zwischen 38° und 39° C., die gangränösen Stellen konfluierten, alle Versuche, die abgestorbenen Teile völlig zu entfernen, waren vergeblich und schliefslich trat allgemeine Sepsis und Tod ein. D. glaubt, die Gangrän sei durch Lähmung der Vasomotoren verursacht worden, welche ein weiterer Grad der den Herpes bewirkenden Entzündung der Hautnerven sei. *Stern-München.*

Halbseitiger Herpes zoster bei einem neugeborenen Kinde mit nachfolgender Eklampsie, von Franz Gaehde. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1897. No. 101.) Drei Wochen alt, bekam ein sonst gut entwickeltes Kind einen Herpes der linken Körperhälfte: am Hals in der Mitte des Kopfnickers, entlang dem 6. Interkostalnerven, am Bauch, entlang dem N. cruralis, an Wade und Fufsrücken. Das anfangs gute Allgemeinbefinden verschlimmerte sich schnell, es gesellte sich eine Eklampsie hinzu, die am 11. Tage zum Tode führte. — Dieser sehr merkwürdige Fall ist wahrscheinlich nur durch die Annahme einer centralen Ursache für den Herpes zoster zu erklären. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein ungewöhnlicher Fall von Herpes zoster, von Mackay. (*Glasgow med. Journ.* Oktober 1897.) Der 57jährige Patient erkrankte an einem Zoster im Bereich der oberflächlichen Äste des linken Cervikalplexus, der mit Fieber einherging. Am sechsten Tage trat eine Lähmung der linken Gesichtsseite auf (Facialisparese), die langsam zurückging. *F. Hahn-Bremen.*

Herpes zoster nach Darreichung von Arsenik in einem Falle von Epilepsie, von Pierce Clark. (*New York. med. Journ.* 12. Juni 1897.) Der Patient hatte wegen seiner Epilepsie Bromkalium bekommen, wobei sich eine tüchtige Bromakne einstellte. Um diese zu beseitigen, erhielt er Arsenik, 3 mal täglich je 2 Tropfen Fowlerscher Lösung. Nach zwei Tagen trat ein ausgedehnter Herpes zoster der rechten Thoraxseite unter allgemeinem Übelbefinden auf, der nach Aussetzung des Medikaments rasch abheilte. *F. Hahn-Bremen.*

Akute Exantheme.

Über Scharlach, von C. Seitz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 3.) An der Hand von 800 poliklinisch beobachteten Scharlachfällen macht Verfasser zunächst einige statistische Angaben. Aus diesen geht die Unabhängigkeit des Scharlach von Jahreszeit und Witterung, das Bestehen einer familiären und individuellen zeitlichen

Disposition hervor. Das erste Lebensjahr ist wenig empfänglich (33 Fälle unter 800), das zweite bis fünfte ergiebt die gröfste Morbidität. — Die Nierenaffektionen sind in ihrer Frequenz durch die Jahreszeit in keiner Weise beeinflufst; es fielen 87 auf den Winter, 98 auf den Sommer, sie hängen aber direkt ab von dem Charakter der herrschenden Epidemie. Erkältungen, Diätfehler haben keine Beziehungen zum Auftreten der Nephritis. — Die sogenannte Scharlachdiphtherie hat mit der echten Diphtherie nichts zu thun; die Serumtherapie ist dabei also nicht am Platze. — Am 6.—8. Tage sieht man zuweilen das lentescierende Scharlachdiphtheroid Heubners mit Fieber, Kieferdrüsenschwellung, unbestimmten Rachenbelägen, Substanzverlusten, selbst Gaumenperforationen. — Die Therapie verlangt regelmäfsige Reinigung von Mund, Rachenhöhle, Nase mit Salzwasser (Borax etc.), Pinselung mit 3—5%igem Karbolwasser, Karbolinjektionen in das Gewebe der Tonsillen; letztere haben besonders gute Dienste geleistet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Bemerkungen, betreffend eine Scarlatinaepidemie, von Kortewes. (*Nederl. Weekbl. voor Geneesk.* 1897.) Der Verlauf der Epidemie wird ausführlich beschrieben. Von 552 Bewohnern der Ortschaft Wormerveer wurden 182 von der Affektion befallen, welche einen sehr gutartigen Charakter aufwies, indem nur ein einziger Todesfall vorkam. 178 Patienten waren unter, 4 über 23 Jahre alt. Die gröfste Anzahl von Erkrankungen fiel auf die Altersstufe von 5—15 Jahren. Den Grund dieser Thatsache findet Verfasser weniger in der geringeren Empfänglichkeit, als in dem Umstande, dafs die Gelegenheit einer Infektion geringer geworden ist. Mehrere Kinder hatten in früheren Jahren bereits eine Erkrankung an Scarlatina durchgemacht. Bezüglich der Therapie ist Verfasser kein Anhänger der lange fortgesetzten Milchdiät. *C. Müller-Genf.*

Über die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers, von J. T. Neech. (*Brit. med. Journ.* 25. Sept. 1897.) Verfasser hält als Minimum 8 Wochen, als Maximum 13 Wochen für genügend, so dafs die Patienten unbeanstandet aus dem Krankenhause entlassen werden können. Vor der Entlassung sollen Mund und Nasenhöhle gründlich desinfiziert werden, doch sollen die Patienten die letzten 8 Tage auf einer eigenen Rekonvalescentenabteilung liegen, damit sie nicht die infizierte Luft des Krankenhauses mit nach Hause nehmen. *F. Hahn-Bremen.*

Hyperpyrexie bei Scharlach, von W. E. Hadden. (*Brit. med. Journ.* 9. Okt. 1897.) Ein 8jähriges Mädchen litt seit 3 Tagen an Scharlach. Die ersten Erscheinungen waren nicht besonders schweren Charakters, der Ausschlag kam ordentlich heraus, und nichts schien die Eltern oder den behandelnden Arzt zu beunruhigen, als das Mädchen plötzlich in Dilirien verfiel, sich hin und her warf. Der Verfasser fand die Patientin bereits in bewufstlosem Zustande, mit rapidem Puls, kontrahierten Pupillen vor. Das Thermometer zeigte eine Achselhöhlentemperatur von 111,6° Fahrenheit = ca. 44° C. Fünfzehn Minuten später trat der Tod ein.

C. Berliner-Aachen.

Scharlachfieber und Erd-Temperaturen, von Crocker-Eccles. (*Brit. med. Journ.* 17. April 1897.) Der Verfasser weist an statistischen Daten einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Ausbreitung von Scharlach und der Steigerung der Erd-Temperatur von 56° Fahrenheit aufwärts nach. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Scharlachfieber, in welchem der Tod infolge von Thrombose der Vena Galeni eintrat, von Goodell. (*Clinical Transactions.* Vol. 13.) Das 8jährige Mädchen kam mit der Diagnose Diphtherie ins Krankenhaus; am folgenden Tage

bildete sich ein Scharlachexanthem aus; am fünften Tage begann die Abschuppung und das Kind war auf gutem Wege der Besserung. Da traten plötzlich mit Ansteigen der Temperatur epileptiforme Krämpfe, Nackenstarre etc. ein und das Kind starb 2 Tage später. Die Sektion ergab einen frischen Thrombus in der Vena Galeni, beide Plexus chorioidei mit dicken Auflagerungen bedeckt. *F. Hahn-Bremen.*

Zwei Fälle von Relaps bei Scharlachfieber, von Cosgrave. (*Dublin Med. Journ.* Sept. 1897.) Beide Patientinnen, Mädchen von 9 Jahren, bekamen einen echten Relaps am 28. bezw. 24. Tage nach der ersten Erkrankung, die glatt verlaufen war und mit einer typischen Desquamation abschloſs. In beiden Fällen trat unter Fieber, Erbrechen, Kopfschmerz wieder neuer Ausschlag, Halsschmerzen, Scharlachzunge auf. Auch eine Desquamation stellte sich wieder ein. *F. Hahn-Bremen.*

Über Leukocytose bei Scarlatina, von Steindler. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1897. No. 26.—28.) Der Verfasser fand bei 8 Scharlachfällen, die vollkommen ohne Komplikationen verliefen, zu Beginn der Erkrankung eine bedeutende Leukocytose. Dieselbe überdauerte das Fieberstadium stets beträchtlich lang; die Rückkehr zur Norm erfolgte im ersten Falle 10 Tage, im zweiten 14 Tage, im dritten 7 Tage nach dem ersten wesentlichen Temperaturabfalle. Die Leukocytose blieb auch von dem Abblassen des Exanthems und dem Nachlassen der spärlichen entzündlichen Erscheinungen unbeeinfluſst. Im fieberfreien Stadium zeigten die Patienten trotz fortbestehender Leukocytose weder von Seite der Nieren oder des Herzens, noch von Seite der Respirationsorgane irgendwelche krankhafte Erscheinungen; die Leukocytose war also die Folge der rein scarlatinösen Erkrankung. Es ist demnach anzunehmen, daſs das scarlatinöse Virus ähnlich wie viele andere dem Organismus fremde Substanzen, wie Staphylokokkenkulturen, Krotonöl, Terpentinöl, positiv chemotaktisch auf die weiſsen Blutkörperchen wirkt. Vielleicht ist es deshalb möglich, durch die Blutuntersuchung festzustellen, ob nach dem Schwinden aller klinischen Krankheitserscheinungen das scarlatinöse Virus bereits vollständig zur Ausscheidung gelangt ist oder nicht, ob also die Gefahr einer Nachkrankheit besteht. *Götz-München.*

Die Leukocytose bei Scharlachfieber, von Silvestre. (*Bartholom. Hosp. Reports.* Vol. XXXII.) Bei Scharlach besteht Leukocytose, die in den ersten Tagen ihr Maximum erreicht, und allmählich zur Norm zurückkehrt. Die Zeit ihres Auftretens ist noch nicht bekannt: sie besteht schon am ersten Tage und besteht noch während der Desquamation. Sie scheint gleichen Gang mit der Temperatur zu gehen; ebenso besteht eine Beziehung zur Intensität des Ausschlags. Komplikationen, wie Otorrhoe etc., vermehren die Zahl der weiſsen Zellen. Besonders vermehrt sind die fein granulierten, eosinophilen Zellen; die groſsen mononukleären Zellen und die Lymphocyten sind im Anfang vermindert, später nehmen sie an Zahl zu. Eine mäſsige Leukocytose begleitet eine leichte Infektion, eine hohe Leukocytose zeigt eine Reaktion gegen schwere Infektion und ist nicht ein Zeichen ungünstiger Prognose. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von trockener Gangrän beider Unterextremitäten als Komplikation eines gewöhnlichen Scharlachfiebers; doppelte Amputation, Heilung, von Pearson und Littlewood. (*Lancet.* 10. Juli 1897.) Die Überschrift giebt den Inhalt der Mitteilung; die Ursache der Gangrän war eine Thrombosierung der Arteriae popliteae, wahrscheinlich embolischen Ursprungs. *F. Hahn-Bremen.*

Über Myositis scarlatinosa, von Brück. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 21, Heft 5.) Der Verfasser beobachtete in 3 Fällen von Scharlach nach Ablauf der akuten Symptome

in der zweiten und dritten Woche rheumatoide Erkrankung der Muskeln, eine Komplikation, die aufser von THOMAS (*Ziemssens Handbuch*, II, 217) von keinem Autor erwähnt wird. Die Affektion wurde durch mäfsiges Fieber von kurzer Dauer eingeleitet und äufserte sich in spontaner Schmerzhaftigkeit, hochgradiger Druckempfindlichkeit und Funktionsstörung; in einem Falle war auch eine mefsbare Volumenszunahme der betroffenen Muskelkomplexe vorhanden. Die Affektion trat in den gröfseren Muskelfeldern und voluminöseren Muskeln auf. Der Verfasser glaubt, dafs eine ähnliche Erkrankung einzelner und kleinerer Muskeln leicht übersehen werden kann, einerseits weil keine funktionellen Störungen vorhanden sind, andererseits weil, wenigstens bei Erkrankung der Extremitätenmuskeln, die Annahme einer Gelenk-Affektion nahe liegt. — Die Behandlung mit Natrium salicyl., beziehungsweise warmen Bädern hatte guten und raschen Erfolg. *Götz-München.*

Scharlach und Typhus, von J. B. GABB. (*Brit. med. Journ.* 3. April 1897.) Ein 19jähriges Mädchen erkrankt an typhösem Fieber. Vierzehn Tage später bekommt sie unter den bekannten Prodromalsymptomen einen Scharlachausschlag, der nach 4 Tagen wieder verschwindet und von einer Desquamation der Arme und Hände und später des ganzen Körpers gefolgt ist. Auf den Verfasser hat das den Eindruck gemacht, als ob durch die Koexistenz der beiden Krankheiten die Gefährlichkeit der einen oder der anderen eher vermindert als erhöht würde. *C. Berliner-Aachen.*

Scharlachalbuminurie, von DITTMAR. (*Glasgow med. Journ.* Dez. 1897.) Auf Grund seiner Beobachtungen an 91 Scharlachfällen kommt Verfasser zu folgenden Resultaten: Albuminurie und Hämaturie tritt in 52,7% der Fälle auf. Mann kann unterscheiden 1. reine Albuminurie, 2. Hämaturie, 3. Albuminurie und Hämaturie mit bedeutendem Überwiegen des Eiweifsgehalts. Hydrops und Ödeme wurden nur in 3 Fällen beobachtet. Ein prae- und post-albuminurisches Stadium (Stadium, in welchem sich nur Blutfarbstoff ohne Eiweifs nachweisen liefs) konnte Verfasser nicht beobachten. Puls von hoher Spannung war nicht stets von Nephritis begleitet.
F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Scharlachnephritis, kompliziert mit Hydronephrose, von POSPISCHILL. (*Jahrbuch f. Kinderheilk.* Bd. 45.) Die Sektion der Leiche eines 7jährigen Knaben, der 6 Wochen nach dem Auftreten eines Scharlachexanthems unter urämischen Erscheinungen gestorben war, ergab aufser pathologischen Veränderungen anderer Organe folgenden Befund: Nieren normal gelagert; der rechte Ureter auf Daumendicke, der linke auf Fingerdicke ausgedehnt, beide mit klarer Flüssigkeit gefüllt; der rechte geschlängelt und 6 cm länger als der linke. Die Erweiterung reicht beiderseits fast bis zur Blase, nämlich bis zu dem Teile der Ureteren, der sich schief in die Harnblase einpflanzt; der nicht erweiterte Teil ist rechts 12, links 15 mm lang. Der ausgedehnte Teil setzt sich scharf gegen den engen Teil ab entsprechend einer von der hinteren Peripherie vorspringenden, beiderseits sich vorfindenden klappenartigen Falte. Nephritis subacuta. Beiderseits Hydronephrose, rechts bedeutend stärker als links. — Die Hydronephrose ist hier auf die vorhandene Bildungsanomalie, die klappenartigen Falten in den Ureteren zurückzuführen. *Götz-München.*

Über die Nutzlosigkeit der Isolierung bei Scharlach, von A. WIGLESWORTH-London. (*Lancet.* 23. Okt. 1897.) W. hat sich seit nun 16 Jahren bei Scharlach die Karbolsäuretherapie aufserordentlich bewährt, welche er gleichsam als innere Antisepsis handhabte. Das Mittel wurde innerlich in täglicher Dosis von 0,06—0,36 g (je nach dem Alter) in wässeriger Lösung gegeben und zwar so, dafs vom Höhestadium der Krankheit bis zur völligen Rekonvalescenz mit der Dosis wieder herab-

gegangen wurde. In allen Fällen, wo mit dieser Therapie im Anfangsstadium begonnen wurde, trat Heilung ein. Durch diese Erfolge aufgemuntert, glaubte W. die Karbolsäure auch als Prophylaktikum anwenden zu können, liefs aufser den Scharlachkranken dieselbe alle gesunden Familienangehörigen nehmen und gestattete diesen ungehinderten Verkehr mit den Kranken. Gestützt auf die bakteriologischen Forschungen von Flügge, Pasteur, Koch u. a. m., welche bezüglich des Milzbrandbacillus eine Hinderung des Wachstums durch schwache, eine völlige Vernichtung sogar der Sporen durch stärkere (4—5%ige) Karbollösungen fanden, schliefst W., dafs die Karbolsäure, bei Scharlachfieber gegeben, die Virulenz des spezifischen Keimes mildert und so eine Art Vaccine erzeugt, welche den Verlauf der Krankheit zu einem gutartigen gestaltet. Fünf Fälle von Scharlach, mit der angegebenen Therapie behandelt, werden genauer beschrieben; 11 Personen standen in direktem Verkehr mit diesen Scharlachkranken, aber nur 2 von diesen, welche sämtlich schwache Karboldosen erhielten, wurden infiziert = 14,7%, und zwar war ihre Erkrankung ganz leichter Natur. Jedoch ist dabei immer die Gefahr zu bedenken, dafs später einmal ein um so heftigerer Scharlachanfall sich einstellen kann, wie in der That ein sogar tödlich verlaufener Fall zeigte. W. hält daher von den beiden Eventualitäten, prophylaktisch Karbolsäure zu geben oder dies zu unterlassen und dabei die noch gesunden Kinder mit dem Scharlachkranken verkehren zu lassen, letztere für die günstigere; wird die Karbolsäure zur rechten Zeit therapeutisch gegeben, so werden die Gesunden mit einem abgeschwächten Virus infiziert und haben so die gröfste Wahrscheinlichkeit für sich, nur eine leichte Form der Krankheit durchzumachen. Je strenger also die Isolation der Scharlachkranken durchgeführt wird, um so geringer ist die Möglichkeit, eine Krankheit milderen Charakters zur Verbreitung zu bringen. W. geht in Verfolgung seiner Theorie nicht so weit, auch praktisch die völlige Negierung der bisherigen Absonderungsgebräuche erzwingen zu wollen, aber er hofft, dafs mit wachsender Anerkennung seiner Methode der Scharlach in kurzer Zeit nicht mehr zu den gefürchteten Infektionskrankheiten gehören wird. Vorher dürften aber wohl noch zahlreiche Nachprüfungen der recht erstaunlich klingenden Methode von nöten sein.

Stern-München.

Die Behandlung unsicherer Fälle, die als Scharlachfieber ins Krankenhaus gesendet werden, von Dittmar und Brownlee. (*Lancet.* 3. April 1897.) Das Fieberhospital in der Kennedey-Strafse der Stadt Glasgow, welches nur für Scharlachkranke bestimmt ist, und Raum für 320 Patienten hat, ist in drei streng voneinander getrennte Stationen geteilt. Auf der kleinsten dieser Stationen werden diejenigen Fälle aufgenommen, welche als scharlachverdächtig eingeliefert werden, ohne dafs man eine sichere Diagnose stellen kann. Verfasser schildert an Beispielen die Art des Betriebs und der Behandlung, um einesteils derartige verdächtige Fälle nicht einer Krankenhausinfektion mit Scharlach auszusetzen, andererseits aber auch zu verhüten, dafs sie andere Leute selbst anstecken. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Scharlachfieber, der mit Antistreptokokken-Serum behandelt wurde, von Gordon. (*Lancet.* 2. Jan. 1897.) Ein kräftiger, sechsjähriger Knabe erkrankte an Scharlach, wurde komatös, die Atmung schnarchend, der Puls aussetzend, so dafs man sein baldiges Hinscheiden erwartete. Da sich in den Belägen des Rachens Streptokokken fanden, so wurden ihm 10 ccm des Pasteurschen Serums eingespritzt und alsbald trat Genesung ein. *F. Hahn-Bremen.*

Karbolsäure bei Scharlachfieber, von A. Wiglesworth. (*Brit. med. Journ.* 22. Mai 1897.) Seit vielen Jahren hat der Verfasser seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet ein Mittel zu entdecken, welches die Virulenz des Scharlachgiftes herab-

setzt. Er hat dasselbe in der Karbolsäure gefunden, die, wie es scheint, die Wirkung der Scharlachmikrobien derart abschwächte, dafs alle auf diese Weise behandelten Scharlachpatienten die Krankheit in einer milden Form zeigten. Das karbolisierte Blut lasse die Wirkung der Scharlachmikrobien nicht zur vollen Entfaltung kommen. Verfasser giebt die Karbolsäure zweistündlich in einer Mischung von Syrup und Tinct. aurantii. Die zweistündliche Dosis Karbolsäure beträgt 0,05—0,3 je nach dem Alter der Patienten und der Intensität der Krankheitserscheinungen. Sobald das Scharlachexanthem verschwunden ist, genügt es alle vier Stunden bis zum Eintritt der Rekonvalescenz die Medizin einzunehmen. Üble Nebenwirkungen sind niemals vorgekommen. Die sonstigen üblichen Mafsnahmen bei Scharlach sind selbstverständlich nicht zu vernachlässigen. — Verfasser glaubt sogar, dafs, wenn eine andere Person sich an einem derartig karbolisierten Scharlachpatienten ansteckt, sie die Krankheit in einer milderen Form acquiriere, weil das Scharlachgift durch die Karbolbehandlung abgeschwächt sei. *C. Berliner-Aachen.*

Beiträge zur Statistik der Masernepidemien, von Möller. (*Arch. f. Kinderheilk.* Band 21, Heft 4.) Aus der sehr ausführlichen Arbeit, die zahlreiche Kurven und Tabellen und grofses nach allen Richtungen hin verarbeitetes Zahlenmaterial enthält, sind folgende Punkte hervorzuheben: Masernepidemien beginnen mit Vorliebe in den Wintermonaten. Eine Periodizität der Masernepidemien mit wirklich konstanten Intervallen giebt es nicht. Zur Entstehung einer Masernepidemie ist die Einschleppung des Kontagiums und das Vorhandensein undurchseuchten Menschenmaterials erforderlich; mit der Zunahme des Verkehrs und dem Anwachsen der Bevölkerung werden daher die Epidemienintervalle kleiner. Aufserdem hängt die epidemische Ausbreitung der Masern noch ab von der Koincidenz zur Zeit noch unaufgeklärter nach Jahreszeiten differenter Hülfsursachen. Ob die wärmeren Jahreszeiten direkt durch die höhere Temperatur oder indirekt durch die Verdünnung des Kontagiums infolge besserer Ventilation der Wohnräume die Masernmorbidität vermindern, bleibt dahingestellt. Der Verlauf der Masern ist im allgemeinen in den kalten Monaten ungünstiger als in den wärmeren; doch kommt auch das entgegengesetzte Verhältnis vor. Dafs von den Masern vorzugsweise die jüngeren Altersklassen befallen werden, liegt ausschliefslich in der „Durchmaserung" der älteren. Der Abnahme der Epidemienintervalle entspricht im allgemeinen eine stetige Abnahme des Durchschnittsalters der Erkrankten. Da die Epidemien sich um so rascher folgen, je schneller undurchseuchter Nachwuchs geschaffen ist und je leichter das Kontagium eingeschleppt und verbreitet wird, sind Epidemienintervalle und Durchschnittsalter der Erkrankten in grofsen verkehrsreichen Städten niedriger als in kleinen abgelegenen Orten. Aus der Verschiebung des Durchschnittsalters in die jüngeren, weniger widerstandsfähigen Lebensjahre erklärt sich auch die an verschiedenen Orten nachgewiesene Zunahme der relativen Masernmortalität. Immunität gegen die Maserninfektion existiert für kein Lebensalter, auch nicht für das Greisenalter, selbst der fötale Lebensabschnitt ist gegen die Ansteckung nicht gesichert. Dagegen ist eine verminderte Disposition der ersten Lebensmonate unbestreitbar, die niedrige Erkrankungsziffer der Säuglinge läfst sich nicht allein durch die geringere Gelegenheit zur Ansteckung erklären. Unabhängig vom Alter existiert eine zeitweilige, vielleicht auch eine dauernde Immunität einzelner Individuen. Fast die ganze Masernmortalität fällt in die ersten fünf Lebensjahre, und zwar der gröfste Teil in die ersten zwei, bezw. drei Lebensjahre. Mit zunehmendem Alter der Erkrankten nimmt die Gefahr der Komplikationen ab. Die relative Masernmortalität wächst mit der Geburtsziffer, wohl infolge mangelhafter Pflege und Ernährung. Bestehende Rachitis thoracica verdreifacht die Disposition

der Masernkranken zu katarrhalischer Pneumonie und verdoppelt die Gefährlichkeit dieser Komplikation. *Göts-München.*

Masernepidemie im New Yorker Findelhaus, von NORTHRUP-New York. (*Med. News.* 25. Dez. 1897.) Masern in der Privatpraxis verhalten sich in Bezug auf Schwere der Erkrankung zu Masernepidemien in öffentlichen Anstalten etwa wie Variolois zu Variola. Masernepidemien zeigen stets grofse Kontagiosität, viel Komplikationen, schwere Folgezustände und hohe Sterblichkeit. Die Epidemie, welche Verfasser beschreibt, zählte bei 258 Erkrankungen 13,9 % Todesfälle, 20,5 % Bronchopneumonien. Zur Vermeidung einer Komplikation der Masern mit Diphtherie wurden allgemein Injektionen mit Diphtherieheilserum gegeben und zwar mit Erfolg. Von neun Masernkindern, die, weil in einem ganz entfernten Flügel liegend, nicht prophylaktisch geimpft waren, erkrankten vier an Diphtherie. Nun wurden auch diese injiziert mit gutem Erfolg, die anderen fünf mit gutem präventiven Effekt. Dosis: 400 Einheiten. *Hopf-Dresden.*

Über eine Masernepidemie in Porto Empedocle von Dezember 1892 bis März 1893, von P. MOSCATO. (*Gazzetta Medica Lombarda.* 1897. No. 12—15.) Nach den bekannten historischen, ätiologischen, symptomatologischen und prognostischen Vorbemerkungen schildert der Verfasser eine von ihm beobachtete Masernepidemie. Dieselbe entstand Ende Dezember 1892 in dem 8000 Einwohner zählenden Porto Empedocle, einem seit langer Zeit von der Malaria durchseuchten Orte. Vielleicht erklärt sich daraus der besonders schwere Verlauf der Epidemie. Im Dezember kamen 15 Todesfälle vor, im Januar 31. Im Februar steigerte sich die Zahl derselben auf durchschnittlich 4 pro Tag. Ja, an einigen Tagen starben durchschnittlich 10 Personen. In Vergleichung damit war die 1672 von MORTON in Paris beobachtete Epidemie, die wöchentlich 300 Personen hinraffte, eine gutartige zu nennen. Die Hauptursache der Todesfälle waren Bronchitis capillaris und Pseudocroup. — Erwähnenswert sind die folgenden vom Verfasser beobachteten Komplikationen: Gingivitis necrotica, Gastralgien, häufige Diarrhöen, sehr selten Obstipation, paroxysmale Tachykardie, heftige Otalgien, Keratitis pannosa und Keratomalacie, initiale und terminale Konvulsionen, Lähmung der unteren Extremitäten, Urethrocystitis, intermittierende angioneurotische Ödeme, Gangrän. Aufserdem sah Verfasser die gewöhnlichen Folgeerscheinungen, wie Nephritis etc. — Seit RAMAZZINI und BAGLIVI im 17. Jahrhundert das Chinin bei akuten Infektionskrankheiten empfahlen, ist der Glaube an die Wirksamkeit der Antipyretica bei den italienischen Ärzten nicht erschüttert worden. Verfasser teilt diesen Glauben nicht und bevorzugt die Hydrotherapie. Von Medikamenten hat ihm allein das Antipyrin gute Dienste geleistet.
J. Bloch-Berlin.

Beobachtungen über Masern, von WELLBERG. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1897. No. 45.) Auf Grund von 28 beobachteten Masernfällen bespricht Verfasser einige auf die Masern bezüglichen Fragen. Unter den 28 Fällen waren 4 Säuglinge, 7—8½ Monate alt, und 5 Erwachsene, darunter ein 60jähriger. Sechs von den Kranken hatten schon einmal Masern gehabt. Das Inkubations- und Prodromalstadium betrugen zusammen 13—14 Tage. Als Hauptverbreitungsstätte erwies sich die Schule, als Zeit der höchsten Kontagiosität diejenige der Prodrome. Betreffs des Fernhaltens der gesunden Geschwister von der Schule meint Verfasser, dafs man diejenigen, die bereits Masern gehabt haben, ruhig in die Schule schicken kann, da gesunde nicht die Übertragung vermitteln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Mortalität bei Masern, von KENWOOD. (*Brit. med. Journ.* 17. April 1897.) Aus den zahlreichen, speziell auf England bezüglichen Angaben heben wir hervor,

daſs in einem mit dem Jahre 1895 abschlieſsenden Zeitraume von 15 Jahren die Masern in England und Wales bei Kindern unter 5 Jahren mehr Todesfälle verursacht haben, als Pocken, Scharlach, Diphtherie und Typhus zusammengenommen. Die gröſste Sterblichkeit bei Masern kommt bei der ärmeren Klasse vor und ist hauptsächlich auf Komplikationen seitens der Lunge, namentlich Bronchopneumonie zurückzuführen. *C. Berliner-Aachen.*

Über Masernrückfälle, von Eonnet. (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.* 1897. No. 87.) Von 300 genau beobachteten Kindern hatten 122 die Affektion nach vier und mehr Jahren zum zweiten oder dritten Mal acquiriert. Diese statistischen Angaben sprechen somit für eine groſse Frequenz der Recidive, während im Gegenteil die Rückfälle höchst selten sind. *C. Müller-Genf.*

Sekundäre Infektion intestinalen Ursprungs nach Masern; Hepatitis, Perihepatitis, putride Pleuritis, von Roger und Comte. (*Presse méd.* 1897. No. 80.) Die Verfasser haben aus dem putriden Pleuraexsudat eine Varietät des Colibacillus mit etwas eigentümlichen biologischen und besonders intensiven pathogenen Eigenschaften isoliert. Die histologische Untersuchung der hauptsächlichsten inneren Organe, speziell der Leber ergab das Vorhandensein ganz sonderbarer Läsionen. Unter dem Einflusse des Masernexanthems hatte sich eine akute, sich über einen groſsen Teil des Dünndarms erstreckende Enteritis ausgebildet. Aus dem Darm müssen die viel virulenter gewordenen Mikroorganismen durch das Zwerchfell hindurch in die Pleurahöhle ausgewandert sein. Die Hepatitis ist durch eine Infektion auf dem Wege der Pfortader zu erklären. *C. Müller-Genf.*

Über Masernpneumonie spricht Köster in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn am 15. März 1897. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. Vereinsbeilage No. 2.) Das Charakteristische der Masernpneumonie besteht in einer Kernwucherung um die letzten Enden der Bronchien und der sie begleitenden Gefäſse mit Fortschreiten dieser interstitiellen Entzündung auf die Alveolarsepten unter Führung der kleineren Äste der Pulmonalgefäſse. Die entstehenden kleinknotigen Herde sind keine lobulären, denn die kleinsten entsprechen nicht den Lungenlobulis. Das Exsudat deckt sich mit dem Gefäſsgebiet, nicht mit dem respiratorischen. Es handelt sich um eine Endperibronchitis, die ganz typisch für die Masernpneumonie und direkt durch eine Maserninfektion bedingt ist, nicht als Nachkrankheit angesehen werden kann. Eine Restitutio ad integrum ist nur bei ganz geringfügiger Endperibronchitis möglich, weil im interstitiell wuchernden Gewebe die lymphatischen Gefäſse zu Grunde gehen, welche die Resorption vermitteln. Die Tuberkulose bildet sich durch Ansiedelung der Bacillen in diesen Herden der Endperibronchitis. (Die schlechte Prognose der Endperibronchitis bestätigt sich klinisch zum Glücke nicht, da doch die meisten Masernpneumonien ohne Residuen heilen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Masern mit Kehlkopfdiphtherie kompliziert, von Shurly. (*New York med. Journ.* 5. Juni 1897.) Der 5jährige Knabe war an Masern erkrankt. Vier Tage später trat Croup auf, es wurde die Intubation vorgenommen, die Tube aber mit einer Membran wieder ausgehustet; in der Membran fanden sich Diphtheriebacillen. Heilung. *F. Hahn-Bremen.*

Pemphigus in der Rekonvalescenzperiode eines Masernexanthems, von Du Castel. (*Journ. des praticiens.* 1897. No. 39.) Es handelte sich um ein kleines Kind, bei dem ein Masernexanthem unter ganz normalen Verhältnissen verlaufen war. Das Allgemeinbefinden war ausgezeichnet und die Affektion in die Rekonvalescenz-

periode eingetreten, als sich im Gesichte, am Halse und auf der vorderen Rumpffläche ein typischer Pemphigusausschlag in Form von erbsengrofsen Blasen mit wasserklarem, serösen Inhalt zeigte. Diese Eruption verschwand nach einigen Tagen unter einfacher antiseptischer Behandlung. *C. Müller-Genf.*

Über Röteln und deren Behandlung, von Hermann Blaschko. (*Therap. Monatsh.* Dez. 1897.) Die Diagnose auf Röteln ist nach Verfasser zu stellen, wenn zur Zeit von Masernepidemien Kinder leicht fiebern und einen mit Erhöhung der Hautpapillen auftretenden Ausschlag ohne Augenschmerzen, Nasen- und Lufröhrenkatarrh bekommen, Allgemeinbefinden und Appetit nicht darniederliegen, die Röte nach einigen Tagen abblafst, die Haut wenig oder gar nicht schilfert, die Kinder Masern bereits überstanden haben. Verfasser hält die Röteln für eine abgeschwächte Form der Masern, bringt dieses Verhältnis in Vergleich mit demjenigen zwischen Varicellen und Varioliden. Man hält die Kinder 8 Tage im Hause, 14 Tage fern von der Schule. Isolierung in der Familie, Fernhalten der Geschwister vom Schulbesuch ist nicht nötig. Nach absolvierter Krankheit sind laue Waschungen, Abreiben mit aufgeschwemmter Mandelkleie, zuerst warm, dann kalt zu empfehlen. (Der Vergleich zwischen Röteln und Masern einerseits, Varicellen und Variolis andererseits ist nicht zu billigen. Ebensowenig wie letztere beiden Leiden miteinander ätiologisch verwandt sind, ebensowenig sind Röteln als eine abgeschwächte Masernform aufzufassen. Schon der Umstand, dafs die Kinder oft schon Masern gehabt haben, beweist es, aber auch noch mancherlei andere Momente, auf die hier kaum genauer eingegangen werden kann. Die Ähnlichkeit der Krankheitsbilder im Einzelfalle darf uns nicht verleiten, die beiden Leiden zusammenzuwerfen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Röteln, von Fuhrmann. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1896.) Beschreibung der einzelnen 29 Fälle einer Rubeolenepidemie. Von den 29 Kindern hatten 13 die Masern, 1 Scharlach, 1 Scharlach und Masern vorher durchgemacht: ein Beweis dafür, dafs die Röteln eine selbständige Krankheit sind. Das Inkubationsstadium dauert nach den Erfahrungen des Verfassers 13 oder 14 Tage. *Götz-München.*

Über eine Rubeolenepidemie, von W. J. Arnold. (*Brit. med. Journ.* 12. Juni 1897.) Den Beobachtungen des Verfassers liegen 200 Fälle zu Grunde. Im Beginn ähnelte die Krankheit ganz dem Scharlachfieber; Kopfschmerz, Halsbeschwerden, Erbrechen, Fieber und beschleunigter Puls bildeten auch hier die ersten Symptome. Ein sehr leicht in die Augen springender Unterschied zwischen beiden Affektionen war die Pulsfrequenz. In allen Fällen dieser Epidemie zeigte die Frequenz eine deutliche Beziehung zur Körpertemperatur; sie war erhöht, wenn die Temperatur gestiegen war, aber wo die Temperatur nur schwach erhöht war, ging der Puls im Vergleich zu dem rapiden und erregten Puls bei Scharlach langsam und ruhig. Der Ausschlag erschien bei den Rubeolen fast unterschiedslos am ersten Tage und war schwächer rot als beim Scharlach und auch mehr papulös als bei diesem, wodurch sehr häufig der Zustand der „Gänsehaut" sich bei den Patienten bemerkbar machte. Niemals hat der Verfasser, abgesehen von der Fieberröte, den Ausschlag im Gesichte beobachtet. Vergrölserung der hinteren Cervikaldrüsen war ein konstantes und deutliches Symptom der Krankheit. Das Allgemeinbefinden, besonders der Appetit waren selten gestört. Desquamation ist in geringerer oder stärkerer Ausdehnung nach Rubeolen, wenngleich sie häufig übersehen wird, sehr gewöhnlich. *C. Berliner-Aachen.*

In Ermangelung eines **Gesetzes über die obligatorische Impfung** verlangt Hervieux die Durchführung folgender Mafsnahmen: Strenge Applikation des Gesetzes

vom 23. Dezember 1874 betreffend die Impfung der Ammen, Säuglinge und derjenigen Frauen, welche mit der Pflege von Kindern betraut sind. Obligatorische Impfung der Schüler bei ihrem Eintritte in die öffentlichen oder Privatschulen, Lyceen, Erziehungsanstalten jeder Art und Wiederimpfung der nämlichen Schüler, nachdem sie ihr zehntes Jahr erreicht haben. Sicherung der Impfung und Wiederimpfung in den Gemeinden unter Aufsicht eines ärztlichen Inspektorats. Forderung eines ärztlichen Wiederimpfzeugnisses von jeder jungen Frau, die eine Ehe einzugehen wünscht. (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 1898. No. 13.) *C. Müller-Genf.*

Über die durch das Impfen bedingte Immunität in Bezug auf die Serumbehandlung bei Variola, von R. S. Thomson und E. L. Marsh. (*Scottish Med. and Surg. Journ.* August 1897.) Seit ca. 30 Jahren haben bereits verschiedene Forscher (Chauveau, Raynaud, Pfeiffer u. a.) sich bemüht, am Blute von geimpften Tieren und Menschen die eigentlich wirksamen Bestandteile des Virus vaccinae darzustellen und therapeutisch verwendbar zu machen. Im allgemeinen sind die gewonnenen Resultate mehr negativer Art gewesen, doch sind in den letzten Jahren in Amerika Berichte erschienen, nach denen die Injektion des Serums von immunisierten Tieren bei Variolakranken eine günstige Wirkung auf den Verlauf der Krankheit ausgeübt zu haben scheint. Verfasser haben mit derartigem Serum von immunisierten Kälbern, das ihnen vom Brooklyn Health Department zur Verfügung gestellt wurde, in Glasgow sieben Fälle von Pocken behandelt, ohne indessen eine wesentliche Beeinflussung der Krankheit dabei konstatieren zu können. Die Patienten, 5 männliche, 2 weibliche, standen im Alter von 16—55 Jahren, waren alle nur einmal im frühesten Kindesalter geimpft worden, die eine Kranke, 25 Jahre, angeblich drei- bis viermal immer ohne Erfolg. Dieselbe starb. Von den anderen zeigten drei gut entwickelte, die anderen drei kaum nachweisbare Impfnarben auf. Injiziert wurde subcutan im ganzen 10—40 ccm in einer bis vier Gaben. Nachteilige Erscheinungen scheinen nicht zu konstatieren gewesen zu sein. *Philippi-Remscheid.*

Über die Notwendigkeit der Feststellung eines einheitlichen Typus der Vaccinekrankheit, von Bagienski. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 40.) In der Vaccinationsfrage sind bis jetzt noch mehrere Fragen nicht gelöst, so z. B. die nötige Zahl der Impfpusteln für völlige Immunisation bei den Geimpften, ferner die Bedeutung der verschiedenen Abarten der Vaccinekrankheit, sowie ihre Komplikationen; besonders über den Eiterungsprozeſs ist man noch gänzlich im Unklaren. Verfasser bemühte sich ausfindig zu machen, in welchem Zusammenhange die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen der eigentlichen Vaccinekrankheit zu der Beimischung der schon bekannten eitererregenden Mikroorganismen verschiedenster Art steht. Nach der Meinung der Bakteriologen enthält die angewandte Lymphe eine nicht immer quantitativ und qualitativ gleichmäſsige Zahl von Mikroorganismen; auch ist es bekannt, daſs die künstliche Zusammenmischung der bis jetzt in der Vaccine nachgewiesenen Mikroorganismen nicht im stande ist, eine typische Impfpustel hervorzurufen. Verfasser hat nun in einer langen Reihe von Versuchen in verschiedener Weise versucht, auf diese der Nachforschung zugänglichen, gröſstenteils eitrigen Mikroorganismen zu wirken: 1. indem er künstlich virulente Reinkulturen in verschiedenen Mengen zusammenmischte und 2. indem er die Mikroorganismen der Vaccinekulturen abschwächte und sie nach Möglichkeit allmählich beseitigte. Im Verlaufe von 10 Jahren hatte er für die Versuche 300 Kälber verbraucht, überdies habe er jährlich 4—5000 Menschen geimpft und 500—1000 revacciniert. — Aus vielen Versuchen stellte es sich heraus, daſs die künstliche Mischung der lebensfähigen Kulturen der eitrigen Mikroorganismen ceteris paribus in abschwächender Weise auf den unbekannten Vaccineerreger wirkte

indem die Virulenz und Immunitätskraft desselben bis zum völligen Verschwinden vermindert wurde. Die Abschwächung und der völlige Schwund der eitrigen Mikroorganismen in dem Impfstoffe dagegen wirkte ceteris paribus immer sehr gut auf die Lebensfähigkeit des Vaccinerregers und auf die Immunitätskraft desselben. Am stärksten erwiesen sich diejenigen Vaccinekulturen, die immer eine einförmige Impfpustel bei Kindern und Kälbern hervorriefen, die aber im Thermostaten bei den für die Entwickelung der Staphylokokken und Streptokokken günstigen Verhältnissen steril blieben. Solche Vaccinekulturen ergaben die höchste Virulenz, die sogar zehnmal verdünnt bei Massenimpfung 100% Erfolg gaben, ein Jahr und sogar länger ihre Lebensfähigkeit beibehielten; nur eine Stichpustel machte den Geimpften immun gegen Revaccination und gegen Impfung der natürlichen Pocken, obgleich der Vaccineprozefs bei Kindern und Kälbern ungemein leicht verlief, fast unbemerkbar und ohne Temperaturerhöhung. Ferner stellte es sich heraus, dafs die Temperaturerhöhungen bei geimpften Kindern und Kälbern im engsten Zusammenhange mit der gröfseren oder kleineren Beimischung der virulenten eitrigen Mikroorganismen der Vaccine stehen. Da die Prinzipien der Bakteriologie uns die Möglichkeit geben, sogar bei Unkenntnis des Erregers der Vaccinekrankheit, aber bei relativer Aseptik reine Vaccine zu kultivieren, die eine unveränderlich typische, leichte Vaccinationskrankheit hervorruft, die aber eine vollständige Immunisationskraft enthält, so mufs man mit aller Mühe danach streben, nur eine unkomplizierte Pockenpustel zu erhalten.

A. Alpár (Aschner)-Budapest.

Über die Dialektik der antivaccinatorischen Schule hielt Körösi einen Vortrag in der kgl. ung. Ärztegesellschaft (am 9. Januar 1897). Wenn man die antivaccinatorischen Ansichten nicht subjektiv acceptiert, wenn man schon von vornherein nicht mit Verdächtigung die Autoren liest, wenn man sich mit Ernst in den Gedankengang der Gegner einlebt, so ist es sehr leicht möglich, dafs beim Lesen der gegnerischen Werke durch das Aufzählen der zahlreichen aufeinanderfolgenden Thatsachen das Vertrauen einigermafsen erschüttert wird. Verfasser befand sich auch eine Zeit lang in dieser Lage, er kam aber dennoch nach Durchlesen zahlreicher impfgegnerischer Werke zu der Überzeugung, dafs die Lehre der Vaccination zwar durch das Wirken der Antivaccinatoriker in so mancher Beziehung rektifiziert wurde, aber in dem Momente, wo dieselben sich anschickten, die Fruchtlosigkeit der Vaccination oder gar die Schädlichkeit derselben zu demonstrieren, die von denselben vorgebrachten Thatsachen a priori auf einem Irrtum beruhen oder den Zweck der Irreführung verfolgen. Verfasser fafst nun seine Erfahrungen über die verschiedenen falschen Beweisverfahren in folgende Hauptpunkte zusammen: Eine Hauptursache dieser liegt in der Vernachlässigung der absoluten Zahlenwerte der gefundenen Massen. So z. B. wird darauf hingewiesen, dafs in dem Berliner Blatternhospitale von den Nichtgeimpften blofs 14%, von den Geimpften hingegen 31% starben. Die Procentzahl ist zwar richtig, die Zahl der Geimpften aber belief sich auf Tausende, die Zahl der Nichtgeimpften war aber nur 7, und von diesen sieben starb ein Patient, was zwar die 14% richtigstellt, nichtsdestoweniger aber nichts beweist. — In einer entgegengesetzten Richtung wieder geschieht eine Irreführung, indem die Procente absichtlich verschwiegen werden. Vogt, Professor in Genf, beruft sich darauf, dafs in Kopenhagen im vorigen Jahrhundert vor der vaccinatorischen Zeit jährlich 250 Menschen an Blattern gestorben sind, in den 70er Jahren aber trotz der durchgeführten Vaccination, sind 220 gestorben, verschweigt aber, dafs die Einwohnerzahl in Kopenhagen im vorigen Jahrhundert 60000, derzeit aber 200000 ausmachte. — Sehr gefährlich ist auch die zielbewufste Auswahl der statistischen Daten. Der Leser mufs annehmen, dafs die vorgeführten Daten von jedem Jahre der ganzen

Beobachtungszeit herstammen, bei genauerer Untersuchung können wir aber konstatieren, dafs der Autor von den vorvaccinatorischen Jahren gerade die günstigsten sich heraussuchte, um aber die Fruchtlosigkeit der Vaccination zu beweisen, von den postvaccinatorischen Zeiten gerade auf die der gröfsten Epidemien hinweist. Dieser Vorgang gleicht denjenigen Gerichtsverhandlungen, wo man die belastenden Zeugen zum Verstummen bringt, und nur die entlastenden Zeugen zu Worte kommen läfst. So bemüht sich z. B. Reitez, aus der Clessschen Arbeit, welche die Vaccination verteidigt, zu beweisen, dafs in Stuttgart in der prävaccinatorischen Zeit bedeutend weniger Menschen an Blattern gestorben sind als in den späteren Zeiten. Dieser Beweis konnte aber auch nur durch die tendenziöse Auswahl geliefert werden: denn wenn man das ganze prävaccinatorische Zeitalter dem postvaccinatorischen entgegenstellen würde, so würde das resultieren, das vordem von 100000 Einwohnern 241 an Blattern starben, derzeit aber nur 15. — Verfasser geht nun über auf die zahlreichen Verkürzungen und Verdrehungen, welche die Antivaccinatoren bei den Citaten begehen, was ebenfalls von keiner kleinen Bedeutung ist. Am stärksten sind aber diejenigen zu verurteilen, die das Urmaterial geflissentlich verändern resp. fälschen. Die bis jetzt vorgebrachten Fehler kann man noch von Schritt zu Schritt kontrollieren und entkräften. Wenn aber der Statistiker sein eigenes anderen unzugängliches Urmaterial fälscht, diesem gegenüber ist der Leser machtlos, indem man nur sehr selten in die günstige Lage kommt, wie es Verfasser gelungen ist mit der Kellerschen Statistik, das Urmaterial sich auch zu verschaffen und den Betrug urkundenmäfsig zu beweisen. *A. Alpár (Aschner) - Budapest.*

Ein Beitrag zur Lösung des Impfproblems, von Bond-London. (*Lancet.* 18. Dez. 1897.) Bei der heftigen Agitation, die auch in England der Impfzwang der Kinder von seiten der Impfgegner hervorgerufen hat, ist es nach Verfasser ein Gebot der Klugheit in hygienischem Sinne, einen Weg zu finden, der für beide Teile, sowohl den Staat und den Arzt wie für den Impfgegner gangbar ist. Verfasser unterscheidet wohl zwischen solchen, die die Impfung aus Gleichgültigkeit verabsäumen, und denen, die dieselbe an ihren Kindern effektiv nicht ausführen lassen. Für letztere gilt Bonds Vorschlag. Derselbe geht dahin, solchen Eltern die Appellation an einen Gerichtshof der höchsten Instanz zu gestatten, der definitiv über den betreffenden Fall entscheidet. Auf der einen Seite wäre damit auch der Schein einer Verletzung der einfachsten Regeln der Gerechtigkeit dem Impfgeschäft genommen, andererseits wäre es auch durch Listenführung bei dieser Behörde möglich, die falschen entstellten Berichte der Impfgegner zu entkräften und auf ihr wahres Mafs zurückzuführen.

Hopf-Dresden.

Die Vaccinationsfrage, ein Beitrag zu ihrer Lösung, von Francis Bond. (*Lancet.* 25. Dez. 1897.) Verfasser plaidiert für bessere staatliche Beaufsichtigung, für Verlängerung des impflichtigen Alters (jetzt mufs in England in den ersten 3 Monaten nach der Geburt geimpft werden) und für Einführung der Revaccination nach deutschem Muster. *F. Hahn-Bremen.*

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1896, von L. Stumpf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1897. No. 52.) Der Bericht zerfällt wieder, wie in den Vorjahren, in einen statistischen und einen sachlichen Teil; der erstere eignet sich natürlich nicht zur Wiedergabe an dieser Stelle. Aus dem sachlichen Teil sind folgende Punkte erwähnenswert. Die Impfung der Civilbevölkerung wurde in ca. 8 Wochen (Mitte April bis Anfang Juni) durchgeführt. Die Heeresimpfung wurde in den 3 letzten Monaten des Jahres vollzogen und zwar mit dem

befriedigenden Gesamterfolg von 92,2%. — Was die Resultate der Impfung anlangt, so wurden im Berichtjahre nur 4,5 Blattern erzielt gegen 7,7 im Vorjahre. Der Hauptgrund für diese Minderung liegt darin, dafs im Berichtjahre zum ersten Male gemäfs Allerh. Verordnung die einarmige Impfung mit 4—6 Impfschnitten ausgeführt wurde. Allerdings scheint auch die Lymphe im allgemeinen etwas schwächer gewesen zu sein. Auch im Berichtjahre entwickelten sich manchmal viel mehr Blattern als Schnitte gesetzt worden waren. Bei den Wiederimpfungen entstanden auch nicht selten mehr Pusteln als Impfschnitte gemacht waren, im Durchschnitte 6,2 Pusteln (in 1 Falle sogar 171). Die Wirksamkeit der Lymphe blieb sich in den allermeisten Fällen vom Anfang bis zum Ende der Impfung gleich. Bei Autorevaccinationen wurden wieder keine erheblichen Resultate erzielt. Varicellen verliefen nicht selten neben den Impfblattern und unbeeinflufst von denselben. Verspätete Pustelentwickelung wurde nur in einzelnen Fällen beobachtet. In einzelnen Fällen trat ein ausgebreitetes Impfexanthem in Gestalt einer fleckigen, über den ganzen Körper zerstreuten Röte auf, ferner ein fieberlos verlaufendes roseolaartiges Exanthem; ferner wurden vereinzelt beobachtet Bläscheneruptionen, allgemeiner Vaccineausschlag, Herpeseruption auf der Wange, Ekzem im Gesicht, allgemeine Urticaria, pustulöses Exanthem. Bei einem Kinde, das viermal mit animaler Lymphe ohne Erfolg geimpft worden war, wurde erst durch Impfung von Arm zu Arm Erfolg erzielt, also ein Fall von Immunität gegen Tierlymphe. Ein Kind wurde zum vierten Male ohne Erfolg geimpft. — Die reaktiven Entzündungen hielten sich in mäfsigen Grenzen; unter denselben hatten wieder fast ausschliefslich Wiederimpflinge zu leiden. Wirkliches Erysipel kam nur in seltenen Fällen vor. Eitriger Zerfall der Pusteln kam ebenfalls nur vereinzelt vor, der Ausgang war stets ein guter. Bei den in der Zeit zwischen Impfung und Nachschau vorgekommenen Todesfällen konnte ausnahmslos nachgewiesen werden, dafs sie mit der Impfung in keinem ursächlichen Zusammenhang standen. Vereinzelte Fälle von Renitenz gegen die Impfung kamen in sämtlichen Regierungsbezirken zur Anzeige. Aufserordentliche Impfungen wurden im Laufe des Jahres nur zweimal vorgenommen: in einem Falle (München) handelte es sich jedoch nur um Varicellen, in dem anderen Falle (Cham) war ein Fall von Blattern konstatiert. Sonst kam in ganz Bayern im Jahre 1896 kein Blatternfall vor. *Götz-München.*

Bericht der Impfkommission 1896, von Alfr. E. Boyel. (*Dublin Journ. of Med. Science.* Juli 1897.) Der Bericht schildert in lebhaften Farben die Schrecken der früheren Pockenepidemien und plaidiert für Zwangsimpfung, die eine Zeit lang gut schützt, keine Gefahren bietet, deren Schutz aber allmählich abnimmt. Für zwangsweise Wiederimpfung sprechen sich nur zwei Mitglieder der Kommission aus, während die elf übrigen empfehlen, dabei nicht zwangsweise vorzugehen, sondern berechtigte („honest") Einwürfe zu berücksichtigen. *F. Hahn-Bremen.*

Zufälle, welche die Vaccination begleiten, von Braidwood. (*Lancet.* 24. April 1897.) Verfasser schildert die Unbequemlichkeiten, welche durch die Impfung als solche hervorgerufen werden, und die Schädigungen, welche durch unvorsichtiges Vorgehen des Arztes, Unreinlichkeit etc. bedingt sind. *F. Hahn-Bremen.*

Ein seltener Fall von Vaccineübertragung, von J. H. Lamb-Crediton. Devon. (*Lancet.* 1. Jan. 1898.) Verfasser berichtet über einen seltenen Fall von Überimpfung von Vaccinepusteln von Kind auf Eltern. Der Vater erinnert sich, mehrmals nach Berührung der Impfstellen des Kindes uriniert zu haben, ohne sich vorher die Hände gewaschen zu haben. Die Krankheitserscheinungen begannen beim Patienten mit Leistenschmerzen, während am gleichen Tage bei der Frau desselben Schmerzen beim

Urinieren auftraten. Die objektive Untersuchung ergab beim Manne 5 typische Impfpusteln an der Glans, bei der Frau 2 ebensolche an Labien und Harnröhrenmündung. Übertragung war seitens des Vaters auf die Mutter durch den ehelichen Verkehr erfolgt. *Hopf-Dresden.*

Vaccineeruption an der Vulva, von Nölke. (*Mitteil. f. d. Verein Schleswig-Holst. Ärzte.* 1897. No. 2.) Eine 40jährige Frau, im neunten Monate gravida, litt an Brennen und Jucken der Vulva, weshalb sie oft scheuerte. Es entwickelte sich darauf ein knotiger Ausschlag, der folgendes Bild bot: Die Labia majora und minora, zum Teil die Schleimhaut des vordersten Vaginalabschnittes sind dicht besetzt mit rundlichen, teils isolierten, teils zu Plaques konfluierten Erhebungen; diese sind ziemlich derb, graugelblich, stellenweise nässend, enthalten eine trübe, seröse Flüssigkeit. Einzelne Plaques sind central vertieft. Die Affektion ist schmerzhaft, die Inguinaldrüsen sind geschwollen, die Haut entzündlich infiltriert; Temperatur 38° C. Es war fälschlich die Diagnose auf Condylomata lata gestellt. Genaue Nachforschung ergab, dafs 10 Tage vor dem Auftreten des ersten Knötchens das jüngste Kind der Patientin geimpft worden war. Patientin hatte die geimpfte Stelle häufig verbunden. Die weitere Beobachtung bestätigte die Diagnose Vaccine, da sich neue charakteristische Pusteln zeigten. Heilung unter indifferenter Behandlung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen über Revaccination, von Carter. (*Lancet.* 12. Juni 1897.) Während einer Pockenepidemie nahm Verfasser 319 Revaccinationen vor, deren Ergebnisse den Gegenstand des vorliegenden Aufsatzes bilden. Bemerkenswert ist, dafs bei Kindern schon vier Jahre nach der Erstimpfung eine erfolgreiche Wiederimpfung zu verzeichnen war, während bei Erwachsenen frühestens im achten Jahre nach der vorhergegangenen Impfung ein Resultat zu erzielen war. *F. Hahn-Bremen.*

F. W. Lowndres-Liverpool tritt auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen warm für die **Vaccination** und **Revaccination** ein. (*Lancet.* 31. Juli 1897.) *H. Einhorn-München.*

Zur Züchtung von Tierlymphe, von L. Stumpf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 5.) Positiv ausgefallene Versuche lehren, dafs Variolagift, auf das Rind übergeimpft, sich in die unschädliche Vaccine verwandelt, die die ungefährlichen Impfblattern erzeugt. Die dualistische Anschauung, dafs das Variolagift bei der Passage durch das Rind sich nicht verändert und beim Menschen wieder Variola hervorbringt, ist unrichtig. Das Gelingen der Erzeugung von Vaccine durch Überimpfung von Variolaeiter auf das Kalb hängt von vielen günstigen Umständen ab; ein Mifslingen ist deshalb leicht möglich. Auch Verfasser hat mit Züchtung der Variola-Vaccine keinen Erfolg gehabt. Ebenso wollte im letzten Jahre das Gewinnen reiner animaler Lymphe und guter Retrovaccine nicht recht gelingen, was auf das schlechte Tiermaterial zurückzuführen ist. Endlich kamen auch in diesem Jahre relativ viele reaktive Entzündungen vor. Um diesem vorzubeugen, mufs für möglichste Keimfreiheit der Lymphe gesorgt werden, wobei der Glycerinzusatz von gröfster Wichtigkeit ist. Es handelt sich nur darum, jetzt festzustellen, wie lange nach dem Glycerinzusatz die Keimfreiheit am gröfsten geworden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein neues Impfschild, von A. Siebert. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1897. No. 12.) Zum Schutze der Infektion der Impfstelle empfiehlt Verfasser ein Schild, bestehend aus zwei durchlöcherten Filzplatten, deren Öffnung durch ein konvexes Drathgitter gedeckt ist. Die eine Fläche des Filzringes ist gummiert und wird derselbe sofort nach der Impfung über der Impfstelle festgeklebt, eventuell noch ein Heft-

pflasterstreifen umgelegt. Das Schild ist unter dem Namen „Manhattan Vaccination Shield“ in New York bei W. Eisen, 413 Eighth Ave. zu haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten und die Variola, von St. Yves Ménard. (*Revue d'Hygiène.* XIX, 4.) Verfasser konstatiert eine bedeutende Abnahme der Variolaerkrankungen in Paris seit der Durchführung des Gesetzes betreffend die Anzeigepflicht bei kontagiösen Krankheiten. Verfasser hat aber aufserdem mit H. Chambon dem Gesundheitsamte vorgeschlagen, dafs bei Epidemien, resp. sofort nach Bekanntwerden von Blatternfällen in den Wohnungen der gefährdeten Bezirke unentgeltliche Impfungen vorgenommen werden sollten. Dieser Vorschlag wurde denn auch angenommen und ein entsprechender Sanitätsdienst organisiert. Die wohlthätigen Folgen desselben liefsen nicht auf sich warten, und werden verschiedene Fälle mitgeteilt, wo auf diese Weise drohende Epidemien im Keime erstickt werden konnten. *C. Müller-Genf.*

Bericht über die Pockenepidemie in Warrington 1892—93, von T. D. Savill. (*Brit. med. Journ.* 6. Nov. 1897.) Der Einfluſs der ersten Vaccination wird an folgenden Daten illustriert. Von 272 geimpften Kindern, welche in infizierten Häusern sich aufhielten, erkrankte keins an Pocken, während von 30 nicht geimpften Kindern 15 die Krankheit acquirierten. Von 2431 in infizierten Häusern befindlichen Personen, welche im Alter von 0—10 Jahren standen, waren 633 geimpft und 55 nicht geimpft. Es erkrankten von den ersteren 28 = 4,4%, von den letzteren 30 = 54,5%. Im Alter von 10—20 Jahren standen 644 Geimpfte, 19 Ungeimpfte. Es erkrankten von den ersteren 149 = 23,1%, von den letzteren 13 = 68,4%. — Den Einfluſs der Revaccination illustriert ein Vergleich der Warrington heimsuchenden Epidemie von 1773 und derjenigen von 1892—93. Es erkrankten damals 64 : 1000 der Bevölkerung, jetzt nur 12 : 1000. Von den innerhalb der letzten 7 Jahre wiedergeimpften Personen erkrankte keine. Die Mortalität betrug im Jahre 1773 auf 1000 Einwohner 26,4, im Jahre 1892—93 nur 1,1 auf 1000. *C. Berliner-Aachen.*

Bericht über die Pockenepidemie in Gloucester 1895—96, von Coupland. (*Brit. med. Journ.* 13. Nov. 1897.) Unter 1979 Erkrankungsfällen waren 1211 = 61,2% geimpft, 768 = 38,8% nicht geimpft. Von den Geimpften starben 120 = 9,8% und von den Ungeimpften 314 = 40,8%. Kein geimpftes Kind erkrankte an den Pocken, und von den 22 nicht geimpften Kindern unter einem Monate, die befallen wurden, starben 21 = 95,4%. Von 63 nicht geimpften Kindern unter einem Jahre starben 40 = 63,5%. Was die Intensität der Erkrankung betrifft, so hatten von den Geimpften in der ersten Periode der Epidemie nur 8% konfluierende Pocken, von den Ungeimpften 64%. *C. Berliner-Aachen.*

Die Variolaepidemie in Marseille, von Hervieux. (*Bull. de l'Académie.* 1896. No. 34 u. 35.) Der Maire von Marseille hatte sich über einen Bericht in der Akademie beschwert und behauptet, es existierte keine Epidemie in Marseille. Verfasser weist nun nach, dafs in der That eine ganz beachtenswerte Epidemie vorhanden war, bespricht die Ursachen und verlangt zur Abhülfe vor allem Revaccination nach deutschem Muster. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Pockenstatistiken, von Coupland. (*Lancet.* 20. u. 27. Febr. 1897.) Verfasser hat die drei letzten englischen Pockenepidemien von Dewsbury (1891/92), Leicester (1893/94) und Gloucester (1895/96) statistisch bearbeitet und die Wichtigkeit der Vaccination durch diese Statistiken wiederum erwiesen. *F. Hahn-Bremen.*

Diagnose und Prognose der Pocken, von O'Carroll. (*Transact. of Royal Acad. of Med. in Ireland.* Vol. XIII.) Die Arbeit bespricht in ausführlicher Weise Diagnose und Prognose, ohne etwas neues zu bringen. *F. Hahn-Bremen.*

Temperaturkurven von Pocken, von Drury. (*Transact. of Royal Acad. of Med. in Ireland.* Vol. XIII.) Verfasser teilt aus einer grofsen Zahl von Pockenerkrankten die Fieberkurven mit, von denen er drei Typen unterscheidet: I. Primäres Fieber, gefolgt von einem deutlich getrennten sekundären Fieber; II. ganz irreguläres Fieber ohne typische Art; III. nur primäres Fieber. *F. Hahn-Bremen.*

Bemerkung über einen Fall von Pocken, von L. Mackenzie. (*Scott. med. and surg. Journ.* Dez. 1897.) Ein 18jähriger Mann erkrankte unter Kopf- und Kreuzschmerzen, teils masernähnlichem, teils scarlatinösem Exanthem am ganzen Körper, der aufserdem zahlreiche Petechien aufwies. Aufserdem war heftiger Rachen- und Nasenkatarrh vorhanden. Am sechsten Krankheitstage entwickelten sich dann typische Pockenbläschen auf Hand- und Fufsrücken, Knien, Stirn und im Gesicht, deren Eruption nach zwei Tagen aufhörte. Aufser diesem abnormen Verlaufe war noch bemerkenswert, dafs der Fall aus einer Herberge stammte, in welcher schon vorher zwanzig Personen an Blattern erkrankt waren. *J. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Pocken, von Moore. (*Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland.* Vol. XIII.) Verfasser teilt die Krankengeschichte eines von Pocken befallenen Kollegen mit, welcher im roten Licht behandelt wurde und sehr zufrieden damit war. Verfasser verbreitet sich dann eingehend über die Wirkung der roten Strahlen. *F. Hahn-Bremen.*

Amöboide Körper in dem Blute von vaccinierten Affen und Rindern und in dem Blute Variolakranker, von W. Reed. (*Amer. medic.-surg. Bullet.* 10. Dez. 1897.) Im Blute von elf mit Kälberlymphe geimpften Tieren (9 Affen und 2 Kälbern) fanden sich während des Fiebers vom fünften Tage ab extracelluläre, kleine granulierte amöboide Körper. Bei zufälliger Vaccination entdeckte Verfasser die Amöben auch in seinem eigenen Blute. Die Untersuchung von fünf vaccinierten Kindern ergab in drei Fällen positive Resultate (Erscheinen der Amöben am 6. oder 7. Tage, Verschwinden am 15. bis 17. Tage). Bei zweien von drei Pockenkranken fanden sie sich, ebenso bei einem mit Variolagift geimpften Affen. Auch im Blute gesunder Tiere und Menschen werden bisweilen diese Gebilde angetroffen, aufserdem noch bei Variolakranken und variolisierten Affen blasse amöboide Gebilde mit einigen dunklen Pigmentkörnern. *J. BlochBerlin.*

Über Dr. Finsens Behandlung von Variola mittelst Ausschliefsung der chemischen Strahlen des Lichts, von Sophus Abel-Bergen. (*Med. Revue* Aug. 1897.) Trotz der guten Resultate liegen bis jetzt nur ziemlich wenig Mitteilungen (im ganzen über ungefähr 70 Fälle) über diese Behandlungsmethode vor. Verfasser teilt mit, dafs sie in Bergen — die erste Stelle, wo Finsens Behandlung versucht wurde — seit 1893 im Epidemielazarett stets angewandt worden ist, bei im ganzen 23 Variolakranken (15 leicht, 8 schwerer Angegriffenen). Die Fensterscheiben waren auswendig mit einer dicken Schicht dunkelroter Farbe überstrichen, doch nicht dunkler, als dafs man z. B. zu lesen vermochte; am Abend benutzte man eine Lampe mit rotgefärbtem Glase. Das Resultat der Behandlung bestätigte vollauf, was durch frühere Wahrnehmungen behauptet ist, nämlich, „dafs wir in Dr. Finsens Methode eine Behandlungsweise der Variola besitzen, welche — sorgfältig

durchgeführt — in denjenigen Fällen, die früh zur Behandlung kommen, den Verlauf der Krankheit in der Weise modifiziert, dafs das Suppurationsstadium und alle seine Folgen ausbleiben."

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Die Behandlung der Pocken, palliativ und prophylaktisch, von Moir. (*Edinburgh Med. Journ.* Juni 1898.) Verfasser schildert die Erfahrungen, die er in 14 Jahren an zwei Pockenhospitälern gemacht hat. Bei der palliativen Behandlung ist das Lob der Oxalsäure als kühlendes Getränk vielleicht interessant. Der prophylaktische Teil der Arbeit kommt auf ein Lob und eine Empfehlung der Zwangsimpfung heraus.

F. Hahn-Bremen.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Zur Lehre von der Lepra und ihrer Behandlung, von E. Baelz. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1897. No. 46 u. 47.) Verfasser beschreibt seine in Japan, dem Lande, in dem man die Leprösen nicht mehr isoliert, während 20 Jahren gemachten Erfahrungen: Die Bedeutung der Kontagiosität, wie diejenige der Heredität schlägt er sehr gering an. Der Beginn der Lepra ist bei allen Formen meistens in der Haut zu suchen. — Für die Diagnose von Wert ist im Initialstadium ein eigentümlicher, blasser, wachsiger Glanz der Haut, die wie lackiert aussieht. — Eine siebenmal beobachtete Lepraform zeigte ein Exanthem ähnlich dem Herpes circinatus oder Eccema marginatum. — Das Ausfallen der Augenbrauen und Cilien ist an das Befallensein dieser Hautteile gebunden. — Ein sehr wichtiges Symptom ist die Verdickung der Nervenstämme, fühlbar am Ulnaris, Peroneus, an den Nerven der Kniekehle und besonders am N. auricularis magnus. — Die Sehnenreflexe sind im Beginne stets auffallend gesteigert. — Reibt man die Haut mit Fuchsin oder Methylviolett ein, bedeckt sie fest mit Saugwatte und injiziert Pilokarpin, dann bleiben die leprösen Teile, weil sie nicht schwitzen, ungefärbt, was diagnostische Wichtigkeit hat. — Fieber, lebhafte Allgemeinerscheinungen, Schmerzhaftigkeit der Nerven, Geschwürsbildung sind in Japan selten; Wunden heilen bei den Leprösen dort sogar auffallend gut und schnell. — Dafs die Lepra als solche zur Kachexie führt, kann Verfasser nicht zugeben. — Die Lepra mutilans entsteht durch einfache Gewebsresorption ohne Geschwürsprozesse. — Es giebt sicher Unterschiede zwischen Lepra und Morvanscher Krankheit resp. Syringomyelie, wenn auch die gewöhnlich ausgegebenen nicht stichhaltig sind. Von Bedeutung ist die Nervenverdickung, die Pigmentierung der Flecke, die Knoten, die irreguläre Verteilung der hyperästhetischen Herde, die Beteiligung des Gesichtes, der Gesamtausdruck und der Befund von Leprabacillen. — Erfreuliche Resultate giebt eine kombinierte Therapie mit Salicylsäure äufserlich, Oleum Gynocardiae innerlich und stark, Hautentzündung erregenden Bädern. Die Salicylsäure wird als 20%ige Lanolin-Vaselinsalbe auf die mit Bimstein bis zum Bluten abgeriebene Haut dick aufgestrichen. — Oleum Gynocardiae (Chaulmograöl) wird bis zu 15,0 pro die in Kapseln gegeben. — Von bester Wirkung sind die heifsen Bäder von Kusatsu. Ein Bad enthält 440,0 freie Mineralsäuren, 230,0 schwefelsaure Thonerde und 45,0 schwefelsaures Eisen. Das wichtigste ist aber die hohe Temperatur von 45—53° C. Verfasser schildert recht anschaulich die Anwendungsweise und Folgen dieser heifsen Bäder. Die Ergebnisse dieser Therapie sind bei der tuberösen Lepraform sehr günstig, über die atrophische liegen noch keine Erfahrungen vor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Kontagiosität der Lepra, von ZAMBACO. (*Gaz. méd. d'Orient.* Konstantinopel 1898.) In dieser kleinen Schrift, welche an die medizinische Gesellschaft von Konstantinopel resp. deren Präsidenten gerichtet ist, wendet sich der bekannte Lepraforscher, der sich besonders in Frankreich durch die Entdeckung verschiedener Lepraherde und Arbeiten über die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie bekannt gemacht hat, mit grofser Schärfe gegen die Beschlüsse der Berliner Leprakonferenz, vor allem bezüglich der Ansteckungsfähigkeit dieser Krankheit. Dieselbe sei durch nichts bewiesen, sondern vielmehr das Gegenteil; im Spital St. Louis zu Paris zähle man gegenwärtig 140—150 Leprakranke und trotz des früheren freien Verkehrs mit der Aufsenwelt habe kein Pariser die Krankheit sich zugezogen und ebenso verhalte es sich in Berlin, wo v. DÜRING eben während jenes Kongresses zahlreiche Leprafälle entdeckt habe, welche in den Sälen berühmter Professoren unter anderen Bezeichnungen gelegen seien. Z. steht nicht an, zu behaupten, dafs die medizinischen Gröfsen von Paris, London, Wien und Berlin die Lepra, wovon sie nur wenige Fälle gesehen haben, gar nicht kennen. In Konstantinopel, wo es zahlreiche Leprafälle giebt, hat Z. in 25 Jahren seiner Praxis nie einen durch Ansteckung hervorgerufenen entdecken können, und die Lepra ist jedenfalls von allen Infektionskrankheiten, wenn man sie dazu rechnen will, die am wenigsten ansteckende. In Scutari ist ein kleines, ausschliefslich für 20—30 Muselmänner reserviertes Lepraheim, wo Frauen 10, 15 und 20 Jahre sich aufhalten, mit leprösen Männern verheiratet sind und doch keine einzige derselben die Krankheit acquiriert hat; die Kinder der Nachbarschaft spielen immer mit jenen der Leproserie, keines hat aber die Lepra sich zugezogen und ebenso verhält es sich in der ganzen Stadt bei dem freien Verkehre zwischen den Leprösen und der übrigen Einwohnerschaft. DANIELSSEN, der berühmte norwegische Forscher, welcher mehr als 50 Jahre seines Lebens dem Studium der Lepra widmete, verwarf die Ansteckungsfähigkeit und liefs nur die Vererbung dieser Krankheit zu. Nur aus diesem letzteren Grunde verlangt ZAMBACO die Isolierung der Leprakranken, um sie an der Verheiratung und Erzeugung neuer Leprakranker zu verhindern. — Dies scheint ihm auch die Ursache zu sein, dafs in Norwegen die Lepra abgenommen hat und ferner auch deshalb, um das abschreckende Bild den Blicken des Publikums fernzuhalten und den Kranken ein möglichst menschenwürdiges Dasein zu bereiten. Z. fordert seine Kollegen von Konstantinopel zu einer Sammelforschung auf, um einen einwandfreien Fall von Ansteckung zu entdecken; vorher sei es aber noch nicht nötig, die drakonischen Mafsregeln des Mittelalters wieder aufzunehmen und die Völker mit Posaunentönen zu alarmieren! *Stern-München.*

Zur Frage der Kontagiosität und Prophylaxe der Lepra, von M. KAPOSI. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1897. No. 45.) Unter Berücksichtigung aller einschlägigen Beweismomente unterwirft Verfasser die Frage der Kontagiosität der Lepra einer nochmaligen Prüfung, ohne aber natürlich wesentlich neues bringen zu können. Er kommt nicht zu dem Ergebnisse, die Kontagiosität ganz in Abrede zu stellen, aber er stellt sie doch als höchst unbedeutend hin. Er hält die Lepra für eine höchstens unter ganz besonderen und seltenen Umständen übertragbare Affektion. Unter den gewöhnlichen Verkehrsverhältnissen ist die Lepra kaum als kontagiös zu bezeichnen. Es darf deshalb auch keinerlei Zwang zur Isolierung ausgeübt und kein Kranker, der in ein Asyl eingetreten, seiner individuellen Freiheit und Willensgeltung verlustig erklärt werden. Als Richtschnur für die Behörden stellt er folgende Sätze auf: Die Lepra ist eine deletäre und bis nun nahezu unheilbare Infektions-

krankheit. — Die Lepra kann im indirekten und direkten Verkehr mit Leprösen unter uns noch nicht bekannten Umständen acquiriert werden.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Einfluſs der verschiedenen Infektionen auf die Nervenzellen des Rückenmarks, von V. Babes. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 2.) Aus der vorliegenden Arbeit sei nur das die Lepra betreffende erwähnt. Verfasser benutzte die Lepra als passendstes Objekt zum Studium der Beziehungen der Bacillen zu den Nervenzellen. Bei der nervösen Form fand Verfasser Bacillen in den Zellen des sensitiven Protoneurons, nicht in denen des radikulären Neurons. Bei der tuberösen Form konnten Bacillen nicht nur konstant in den Spinalganglienzellen, sondern auch in den groſsen Nervenzellen der Vorderhörner nachgewiesen werden ohne bedeutende Veränderungen in den Zellen und ohne Krankheitssymptome während des Lebens. Die hervorstechendste Veränderung der Bacillen enthaltenden Nervenzellen besteht in einem Verschwinden des Pigments, in Vakuolenbildung und im Erscheinen metachromatischer Granulationen um den Kern. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lepragesetz für die Auswanderer nach Amerika, von A. S. Ashmead. (*Janus.* 1897. 6. Heft.) Verfasser schlägt folgende Gesetzesparagraphen vor: 1. Auswanderer aus europäischen Lepragegenden, wie Norwegen und Schweden, sollten bei ihrer Einschiffung von dem Medizinalbeamten des Amerikanischen Konsulates untersucht werden. Stammen sie aus leprösen Familien, so sollen sie nebst ihren Effekten desinfiziert und als verdächtig dem Gesundheitsamte ihres Staates zur Beaufsichtigung übergeben werden. Die Dauer dieser Beaufsichtigungszeit beträgt 7 Jahre. 2. Die Verschiffung eines aus einer Lepragegend stammenden Passagiers ohne Gesundheitsschein des amerikanischen Konsuls wird als strafbare Handlung der betreffenden Dampfschiff-Gesellschaft betrachtet. 3. Stellt sich ein Leprakranker im Auswanderungsbureau vor, so soll er seinen Landesbehörden zurückgesandt werden. 4. Gelingt es einem Leprösen, die sanitarische Untersuchung an seinem Einschiffungsplatze zu umgehen, so soll er, in Amerika angelangt, durch Vermittelung des Gesandten seines Heimatslandes nach diesem zurückgeschickt werden. 5. Norweger oder Schweden aus Leprafamilien sollten als Niederlassungen die Staaten Minnesota, Wisconsin, Nord- und Süd-Dakota und West-Kansas wählen, wo das Klima für die Entwickelung des Leprabacillus am ungünstigten ist. Unter keinen Umständen sollen sie sich in der Nähe der Atlantischen Küste, an den Ufern der groſsen Seen oder in dem Baumwollgürtel niederlassen. 6. Jeder verdächtige Einwanderer sollte während 7 Jahren unter hohe polizeiliche Aufsicht gestellt werden und ihm nicht ohne weiteres erlaubt werden, aus einem Staate in den anderen überzusiedeln. *C. Müller-Genf.*

Nichtisolierung der Leprösen in New-York, von A. Ashmead. (*The St. Louis Med. and Surg. Journ.* 1897. No. 6.) In Briefen an den Herausgeber der Zeitschrift „*The Sun*" tritt der Verfasser dem Beschlusse des New-Yorker Gesundheitsrats, die Leprösen freizugeben, energisch entgegen, verficht die Kontagiosität und Unheilbarkeit der Lepra, die Notwendigkeit einer strengen Isolierung der Leprösen und bekämpft die Annahme der Heredität des Leidens. Neu ist die Unterscheidung des Verfassers zwischen „Dermatologen" und „Leprologen". Erstere sind „nicht die geeignetsten Männer, um über die Kontagiosität oder Nichtkontagiosität der Lepra ein Urteil zu fällen." Dagegen vindiziert er diese Eigenschaft in hohem Maſse den „Leprologen", d. h. denjenigen Männern, welche in Lepra-Asylen oder Lepra-Gegenden gelebt haben. „Leprologen" sind u. a. Havelburg, Arning, Hansen, Sederholm, Alvarez, Monritz, Smith. *J. Bloch-Berlin.*

Lepra in Brasilien, von A. S. Ashmead. (*Med. News.* 31. Okt. 1896.) Verfasser citiert verschiedene Autoren, welche dargelegt haben, dafs die Ureinwohner von Süd-Amerika und speziell von Brasilien die Lepra nicht kannten, bis dieselbe namentlich durch Negersklaven eingeführt wurde. In einigen Provinzen von Brasilien ist die Krankheit jetzt allerdings sehr verbreitet; diejenigen Indianerstämme aber, welche für sich abgesondert leben, acquirieren sie nicht. Seit dem 17. Jahrhundert hat sie nachweislich in Rio de Janeiro bestanden, und gegenwärtig ist sie dort stark in der Zunahme begriffen. Man nennt sie dort Morphoea. Von Ainhum und Quiglia, welche ebenfalls, wenn auch selten, dort vorkommen, ist das Leiden oft nicht ganz leicht zu unterscheiden. Die in dieser Arbeit aufgestellten differential-diagnostischen Momente sind aber zu zahlreich für eine Wiedergabe im Referat.

Philippi-Remscheid.

Die Lepra im britischen Reiche, von Ph. S. Abraham. (*Brit. med. Journ.* 13. Nov. 1897.) Der Verfasser bespricht zuerst die Lepra in Grofsbritannien und Irland, sodann die in den britischen Kolonien vorkommende Lepra. Von eigenen Beobachtungen beschreibt Verfasser 14 Fälle, die ihm in England zu Gesicht gekommen sind. Im ganzen sind, nach den diesbezüglichen Publikationen zu urteilen, 33 Fälle in England beobachtet worden. Die Schlüsse, die Verfasser aus seinen Betrachtungen zieht, sind mit Bezug auf Grofsbritannien und Irland folgende: 1. Eine kleine Zahl von Leprafällen trifft man in diesem Lande immer an. 2. Es liegt kein Grund zur Annahme vor, dafs die Zahl gegenwärtig gröfser sei, als sie es zu irgend einer Zeit in den letzten Jahren gewesen ist. 3. In allen seit 1872 publizierten Fällen sind die Patienten von der Krankheit nach einem längeren oder kürzeren Aufenthalte in Ländern oder Distrikten, wo die Lepra endemisch ist, befallen worden. 4. Obgleich die englischen und irischen Fälle niemals wirklich isoliert, sondern wie andere, an nicht kontagiösen Krankheiten leidende Patienten behandelt worden sind, hat dennoch mit vielleicht einer einzigen Ausnahme eine Übertragung auf andere Personen in diesem Lande nicht stattgefunden. 5. Aus diesem Grunde kann, wenigstens was Grofsbritannien und Irland betrifft, die Lepra nicht als besonders stark kontagiös angesehen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Die Lepra in Rufsland. Ein Reisebericht von M. Kirchner und Kuebler. (*Klin. Jahrbuch.* Bd. VI.) Die Verfasser berichten in den vorliegenden Arbeiten über die Ergebnisse ihrer Studien in Rufsland, wohin sie von der deutschen Regierung zusammen mit Dr. Urbanowitsch entsandt waren. Sie geben ein Bild von der Ausbreitung der Lepra in Rufsland und den Mitteln zu ihrer Bekämpfung. Instruktiv ist die Schilderung der 12 russischen Leproserien, von denen sie allerdings nur drei besucht haben. Derselben sind die Grundrisse der Bauten beigefügt. — Den Lesern dieser Zeitschrift dürften aus zahlreichen Referaten über die Lepraarbeiten russischer Autoren die in diesem Reisebericht enthaltenen Angaben gröfstenteils bekannt sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Auszug aus einem Rapport an den Landeshauptmann von Island, betreffend die Anzahl der Aussätzigen am Ausgange des Jahres 1896, von G. Björnsson-Reykjavik. (*Hospitals-Tidende.* 1897. No. 43.) Zufolge Erläuterungen, die durch die Gemeindevertreter und durch die eigenen privaten Nachforschungen des Verfassers erworben wurden, soll die gesamte Zahl der Aussätzigen auf Island am Ausgange des Jahres 1896 181 (109 Männer und 72 Weiber) gewesen sein. Vom Althing ist in diesem Jahre ein Gesetz betreffend die Absonderung der Aussätzigen von anderen Menschen bestätigt worden. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Werden Leprabacillen von einem Leprakranken ausgeschieden und auf welche Weise verlassen sie den Körper? von Weber. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 58. Bd. Heft 4 u. 5.) Verfasser fand bei eingehenden systematischen Untersuchungen Bacillen in Blut und Blasen an erkranktem Gewebe, in Hautschuppen, Lanugohaaren, Schweifs und Sperma; negativen Befund ergaben Blut aus gesundem Gewebe, Speichel, Urin. Daraus folgt, dafs von einem Leprösen unbeschränkt und leicht Bacillen in die Aufsenwelt gelangen. Ob diese Bacillen im stande sind, Lepra zu erzeugen, ist eine andere Frage, da einwandfreie Züchtungen noch nicht vorliegen.

F. Hahn-Bremen.

Über einen aus einem Leprafalle gezüchteten alkohol- und säurefesten Bacillus aus der Tuberkelbacillengruppe, von Czaplewski. (*Centralbl. f. Bakter.* 1898. No. 3 u. 4.) Nach einer Übersicht über die bisher bekannten Züchtungsversuche des Leprabacillus berichtet Verfasser über einen Bacillus, den er aus dem Nasensekret eines Leprösen züchtete, in dem zahlreiche Leprabacillen sich mikroskopisch nachweisen liefsen. Der Bacillus wuchs auf allen üblichen Nährböden mit Ausnahme der Kartoffeln, färbte sich leicht; er erwies sich als sehr resistent gegenüber Alkohol und Mineralsäuren. Die Gestalt des Bacillus ist eine sehr wechselnde je nach der Güte des Nährbodens, der Vermehrungsgeschwindigkeit und der Färbungsmethode, besonders je nach der Energie der Entfärbung. — Tierversuche gaben ein negatives Resultat. — In einem zweiten Falle von Lepra gelang die Gewinnung dieses Bacillus nicht. Wahrscheinlich ist derselbe identisch mit dem von Bordoni-Uffreduzzi und Gianturco bei Lepra gezüchteten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Anästhetische Lepra ist kontagiös, von Ashmead. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.* April 1898.) Zum Beweise, dafs anästhetische Lepra ansteckend sei, macht Verfasser folgende Mitteilung: Ein Neger, welcher an anästhetischer Lepra litt, wurde auf der Plantage auf Cuba, wo er arbeitete, streng isoliert. Ihn besuchte oft sein Adoptivsohn, auch ein Neger, aber von einem anderen Volksstamm: auch dieser erkrankte an anästhetischer Lepra. Dessen Ehefrau war eine Creolin von creolischen Eltern auf Cuba geboren, in deren Familie nie Lepra gewesen war: auch sie erkrankte nach einiger Zeit an anästhetischer Lepra. *F. Hahn-Bremen.*

Die Lepra anaesthetica ist nicht kontagiös. S. P. Impey, der als Medical Superintendent des Robben Island, Cape Colony, grofse Erfahrung über die Lepra hat, betont zunächst, dafs zur Ausrottung und Beschränkung der Krankheit eine Absonderung der ansteckenden Fälle in Leproserien unbedingt erforderlich sei. Er hält aber die anästhetischen Leprösen für nicht ansteckend, weil bei ihnen die Bacillen nur in den Nerven lokalisiert sind, während die übrigen Körpergewebe gegen die Bacillen immun sind. Selbst in den Sekreten von Ulcerationen wurden bei diesen Fällen niemals Bacillen gefunden. Und auch in den Nerven finden sich dieselben nur in frischen Fällen, in älteren ist jede Spur verschwunden, was nach Verfasser eine spontane Heilung der Erkrankung bedeutet. Diese Kranken sollte man aus den Leproserien entfernen, da sie bei dem ständigen Kontakt mit den kontagiösen Leprafällen der Gefahr der Reinfektion ausgesetzt sind, und weiterhin würde durch die Entfernung aller harmlosen Fälle, welche zu den allgemeingefährlichen in einem Häufigkeitsverhältnis von 3 : 1 stehen, Platz für die letzteren geschaffen. (*Lancet.* 25. September 1897.) *H. Einhorn-München.*

Ein Fall von Lepra, von Habel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 9.) Verfasser hatte Gelegenheit, einen Leprösen, der sich in Brasilien infiziert hatte, längere Zeit zu beobachten. Es handelte sich um eine Lepra nervosa mit ausgebreiteten

Anästhesien, Verlust von Nägeln, Haaren, Augenbrauen, Perforation des Nasenseptums, Iritis. Von besonderem Interesse bei dem Patienten war das Auftreten von blauen Odemen an Händen und Füfsen, wie sie bei Syringomyelie vorkommen. Ferner ist als wichtig zu erwähnen, dafs sich infolge von Sublimatbädern die Haut des Patienten in grofsen Fetzen, wie nach Scharlach, abstiefs. In diesen Fetzen wurden enorme Massen von Leprabacillen gefunden. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Lepra leontina, von V. Lush. (*Brit. med. Journ.* 3. Juli 1897.) Der 8jährige Knabe ist in Singapore geboren. Vater und Mutter, Engländer, ebenso mehrere Brüder und Schwestern des Patienten sind vollkommen gesund. Die Mutter erklärt, dafs die Familie während des Aufenthaltes in Singapore sehr viele Fische zn essen pflegte. Einige Lepröse befanden sich auch in der Kolonie, waren jedoch vom allgemeinen Verkehr vollständig isoliert. Die Familie kehrte vor 1½ Jahren nach England zurück. Bis vor 6 Monaten war der Knabe noch ganz gesund, als seine Beine anzuschwellen begannen, dann die Hände. schliefslich das Gesicht. Gegenwärtig ist die Haut des sonst hübschen Knaben fast am ganzen Körper unempfindlich und dunkel pigmentiert. *C. Berliner-Aachen.*

Einen Fall von Lepra nervorum stellte Eichhorst auf einer Ärzteversammlung in Zürich vor. Der in Zürich geborene Patient war vor mehreren Jahren nach Brasilien ausgewandert. Vor 15 Jahren traten zuerst an dem Fufsgelenke Anästhesien auf, die sich allmählich über den ganzen übrigen Körper ausbreiteten. Badekuren in Europa besserten diesen Zustand, der sich aber nach der Rückkehr des Patienten nach B. wieder verschlimmerte; es trat ein gegenwärtig noch bestehendes Geschwür auf der knorpeligen Nasenscheidewand auf. Gegenwärtig bestehen folgende Erscheinungen: Sehr sparsamer Haarwuchs (Kopf, Augenbrauen, Lider); flache graue Erhebungen auf der hinteren Rachenwand; der rechte Ulnarnerv ist in einer Ausdehnung von 10 cm oberhalb des Cond. int. stark verdickt und wenig empfindlich; Hoden hochgradig atrophisch und verhärtet; Fehlen der linken kleinen Zehe, welche letztes Jahr abgenommen werden mufste; Narbe auf der rechten Fufssohle, von einem lange bestandenen Geschwüre herrührend; Sensibilität an den Armen und Beinen stark abgeschwächt, Temperatursinn fehlt vollständig; Reflexe erhalten; keine Lähmungen. Während seines Aufenthaltes in der Klinik haben sich die Nägel von zwei Zehen des rechten Fufses abgestofsen, aufserdem ist an den Handtellern und Fufssohlen eine Eruption von Blasen aufgetreten, in deren serösem Inhalte Leprabacillen nachgewiesen werden. Hände, Füfse, Finger und Zehen sind cyanotisch, schwammig geschwollen und fühlen sich kühl an, worin die Affektion mit der Syringomyelie übereinstimmt; Iritis (ohne Knötchen). Behandlung: Sublimatbäder, Jodkalium, Ichthyol, Hydrargyr. jod. flav. innerlich; anfänglich gute Erholung, dann sichtliche Abnahme der Kräfte und Exitus an fibrinöser Pneumonie. Die Autopsie ergab das Vorhandensein von Knötchen in den Pharynxschleimhaut, in den aryepiglottischen Falten und besonders in den Hoden; Verdickung des Ulnaris; nichts im Rückenmark. *C. Müller-Genf.*

b. *Tuberkulose.*

Die cutanen Tuberkulosen der Kindheit, von Johnston. (*Amer. Journ. of Med. Sciences.* Novbr. 1897.) Verfasser teilt die Tuberkulosen ein in eigentliche Tuberkulosen und Paratuberkulosen. Zu den ersteren rechnet er Lupus vulgaris, Scrophuloderma, Tuberculosis verrucosa, Tuberculosis vera, Miliartuberkulose; zu den Paratuberkulosen gehören die Scrophulide; klein- und grofs-pustulöse und gewisse eitrige Follikulitiden, ferner die Tuberkulide: Lichen scrophulosorum, Acne cachecticorum,

Erythema indurativum, gruppierte Folliculitis, Hydradenitis und Lupus pernio, endlich noch eine Art von Hyperpigmentation, wie auch bei anderen Kachexien.

F. Hahn-Bremen.

Über senile Tuberkulose und über subcutane tuberkulöse Eiterung, von Marsh. (*Lancet.* 8. Mai 1897.) Verfasser teilt uns mit, dafs bei alten Leuten dieselben Formen der Tuberkulose, an denselben Lieblingsstellen, wie im jugendlichen Alter vorkommen, und dafs subcutane tuberkulöse Prozesse, die Haut weithin unterminierend, sich im subcutanen Zellgewebe ausbreiten können, ohne in die Tiefe zu dringen, da die resistente Fascie dies verhindert. *F. Hahn-Bremen.*

Lichen scrophulosorum, von Norman Walker. (*Scottish Med. and Surg. Journ.* April 1898.) Verfasser teilt einen Fall von ausgebreitetem Lichen scrophulosorum mit, welcher den ganzen Körper, auch das Gesicht befallen hatte. Der Ausschlag bestand aus Flecken, teilweise in Gruppen und Kreisen angeordnet, einige von einem Halo umgeben. Manche waren mit einer gelblichen Schuppe bedeckt, viele zeigten auf ihrer Spitze eine Pustel. Der Ausschlag bestand seit zwei Monaten; der Knabe, 3½ Jahre alt, war ganz gesund, hatte keine Tuberkulose, auch die Eltern waren gesund. Leberthran innerlich und äufserlich führte Besserung herbei.

F. Hahn-Bremen.

Über hämatogene Hauttuberkulose spricht Naegeli in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte* 1898. No. 1 u. *Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 15.) Die Hauttuberkulose kann durch Epithelläsion (Inokulationstuberkulose), auf dem Blutwege, auf dem Lymphwege, durch direktes Fortschreiten tiefer sitzender Herde entstehen. Klar ist der Modus für die Tuberculosis verrucosa cutis, die tuberkulöse Hautfistel, das Scrophuloderma. Über die Entstehung des Lupus ist man nicht einig; die meisten nehmen an, dafs er durch Inokulation entsteht, andere erklären ihn als lymphogen, andere führen ihn auf hämatogene Embolie zurück. — Sichere hämatogene Hauttuberkulose ist noch wenig bekannt. Heller sah bei Miliartuberkulose eines 4 Monate alten Knaben mikroskopisch als tuberkulös erwiesene Knötchen und Blasen; ähnliche Fälle beschreiben Leichtenstern und P. Meyer. Vielleicht gehört auch der Fall von Jessner (Tuberculosis cutanea framboesioides disseminata) hierher. Der Vortragende sah bei einer 35jährigen Frau mit dubiöser Genitalaffektion und Affektion einer Lungenspitze in drei Monaten an der Glutealgegend und den Oberschenkeln neun Knötchen mit intakter Epidermis entstehen, die in der Tiefe der Haut entsprangen. Einige erreichten eine ansehnliche Gröfse, eines sogar 4 cm Länge und 3 cm Breite. Mikroskopisch fand man in den tieferen Cutisschichten typisches Granulationsgewebe mit vielen Langhansschen Riesenzellen und centraler Verkäsung; aufserdem waren Tuberkelbacillen nachzuweisen. — Das multiple Vorkommen über einen gröfseren Körperbezirk, das schubweise Auftreten, wiederholt in symmetrischer Anordnung, der Sitz in der Tiefe bei intakter Epidermis drängten zur Annahme eines hämatogenen Ursprungs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Tuberkulose des Hüftgelenks, der Lungen, Hoden, Leistendrüsen u. s. w., von H. Maxon King in Grand Rapids, Mich. (*Med. News,* 2. Okt. 1897.) Ein 28jähriger Mann erkrankte zuerst an tuberkulöser Hüftgelenksentzündung, welche nach Operation ausheilte, dann Spitzeninfiltration, welche auf entsprechende Behandlung ebenfalls zurückging, und schliefslich stellte sich am rechten Hoden eine Geschwulst von Gänseeigröfse mit gleichzeitiger Schwellung der Inguinaldrüsen ein. Der Hoden wurde enukleiert und zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung durchsetzt mit Miliartuberkeln und einzelnen Eiterherden. Die Wunde

ebenso wie die der incidierten Leistendrüsen heilte bis auf einen kleinen Teil der letzteren per primam. Späterhin traten noch tuberkulöse Abscesse in der Wirbelsäule auf, welche auf entsprechende Behandlung hin ebenfalls zur Ausheilung kamen. Dieser Fall zeigt 1., in welchem Grade der Mensch immun gegen schwere Anfälle von tuberkulöser Infektion werden kann, besonders wenn es sich um einfache und nicht vielfältige Herde derselben handelt, und fordert 2. zu beharrlicher, sowohl interner wie chirurgischer, Behandlung in allen Fällen von Tuberkulose auf, deren Träger man nicht zu unheilbaren Patienten stempeln darf, sobald die Diagnose gestellt ist.

Stern-München.

Primärer Lupus des Kehlkopfs, von Emil Mayer. (*New York med. Journ.* 1. Jan. 1898.) Primärer Kehlkopflupus gehört zu den seltensten Krankheiten. Lefferts will die Diagnose nie gestellt wissen ohne Lupus anderer Körperteile. Rubenstein veröffentlichte bis 1895 aus der gesamten Litteratur 14 Fälle davon. Kehlkopflupus und -Tuberkulose beruhen auf Verschiedenheiten der Form und Lebensbedingung des gleichen Bacillus. Matty erklärt Lupus des Larynx für eine Form der Tuberkulose mit wenigen Tuberkelbacillen. Koch fand erst im 48. Schnitt Bacillen, sie sind also aufserordentlich wenig zahlreich. — Mit Vorliebe befällt der Lupus den Kehldeckel. Die Knötchen sind das primäre, die Schleimhautinfiltration das sekundäre. Das Bild zeigt blasse, geschwollene Schleimhaut mit Geschwüren und Narben bezw. Knötchen. Beschwerden gering. Behandlung: Lokal Milchsäure, Silbernitrat, Zinkchlorid, Jod, Menthol, Galvanokaustik. Innerlich Kreosot, Leberthran, Jod. Eventuell chirurgische Eingriffe. — Die beiden von Mayer berichteten Fälle betreffen einen 31jährigen Mann und eine 18jährige Frau. — Resumé: Primärer Lupus des Larynx existiert, er ist eine schmerzlose Erkrankung von zuweilen in einigen Jahren vorübergehender Natur. Tuberkelbacillen in geringer Zahl zu finden. Ähnlichkeit mit Lues ist gröfser als mit Tuberkulose. Abwesenheit von Bindegewebssträngen ist für Lupus charakteristisch im Gegensatz zur Lues. Prognose quoad vitam gut. *Eugen Hopf-Dresden.*

•

Das Tuberkulin R. bei tuberkulösen Hautaffektionen, von Porges. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 15.) Der Verfasser berichtet über den Verlauf dreier mit Tuberkulin R. behandelter Lupusfälle. Obwohl infolge eines Rechnungsfehlers bei den 3 Fällen mit der Einspritzung von $^1/_{100}$ Milligramm, also dem Fünffachen der von Koch angegebenen Anfangsdosis begonnen wurde, traten doch keine unangenehmen Zwischenfälle auf. Es wurden in steigender Dosis eingespritzt: im 1. Falle 96,319 mg in 38 Injektionen, im 2. Falle 96,229 mg in 36 Injektionen, im 3. Falle, der sich zu früh der Behandlung entzog, 0,996 in 22 Injektionen. Einmal trat eine geringfügige Allgemeinreaktion auf, die sich in Mattigkeit, Appetitlosigkeit und mäfsiger Temperatursteigerung äufserte und 24 Stunden anhielt; dreimal war eine lokale Reaktion, bestehend in leichter Temperatursteigerung und aktiver Hyperämie des Krankheitsherdes, zu konstatieren. Einen kurativen Wert kann der Verfasser dem T. R. nicht zusprechen. Wenn auch in 2 Fällen anfänglich anscheinend Besserung eintrat, so hielt diese doch nicht stand; es traten sogar in 2 Fällen während und sehr bald nach Abschlufs der Behandlung neue Nachschübe auf. Das T. R. bewirkt also nach diesen Erfahrungen weder eine definitive Ausheilung bestehender Lupusherde, noch ist es im stande, das Recidivieren des Lupus nach Abschlufs der Behandlung zu verhindern.

Göts-München.

Das Tuberkulin R. beim Lupus und einigen anderen tuberkulösen Läsionen, von R. Campana. Verfasser hat vergleichende Versuche angestellt mit dem alten und dem neuen Tuberkulin (Tuberkulin R.) beim Lupus und ähnlichen Affektionen. Er hat gefunden, dafs das neue Tuberkulin rascher als das alte die Aus-

breitung des Lupus (vulgaris, nicht aber des erythematodes) eindämmt und die bestehenden Veränderungen zur Regression veranlafst. Er vergleicht die Wirkung des Tuberkulins R. beim Lupus mit derjenigen des Quecksilbers bei der Lues, während das alte Tuberkulin ähnlich dem Jodkalium wirken sollte, das öfters durch das Quecksilber unterstützt werden mufs. Immerhin bleibe das alte Tuberkulin ein vorzügliches Mittel zur Diagnose der Tuberkulose. (*Il Policlinico.* Bd. IV. 1897.)

C. Müller-Genf.

Kochs neues Tuberkulin (T. R.) bei Lupus vulgaris, von Franz Krzysztalowicz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 2.) In der dermatologischen Klinik zu Krakau wurden 13 Kranke mit dem neuen Tuberkulin behandelt, darunter 11 mit Lupus vulgaris, 1 mit Haut- und Knochentuberkulose, 1 mit tuberkulösen Geschwüren an den Genitalien. Es wurden $^1/_{500}$—20 mg injiziert; der einzelne Kranke erhielt 18—51 Injektionen. Die Allgemeinreaktionen waren sehr schwach; zuweilen eintretende Temperaturerhöhungen schwanden in wenigen Stunden. Auch die Reaktionen an dem Sitze der Krankheit waren nicht bedeutend und traten nur bei gröfseren Dosen ein. Aus den wiedergegebenen Krankengeschichten soll hervorgehen, dafs das neue Tuberkulin die Geschwüre zur Heilung, Infiltrate und Knötchen zum Schwunde bringt, also den Lupus heilt. Liest man die Krankengeschichten genauer, so kann man allerdings bei den Lupusfällen stets eine Besserung, aber keine Heilung feststellen. Das tuberkulöse Geschwür an den Genitalien blieb ganz unbeeinflufst.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sechs Fälle von Lupus vulgaris behandelt mit Kochs Neu-Tuberkulin. Vorläufige Mitteilung von Malcolm Morris und Arthur Whitfield. (*Brit. med. Journ.* 24. Juli 1897.) Die Krankengeschichten der 6 Fälle, sowie der Verlauf des Lupus unter der Behandlung mit Neu-Tuberkulin werden sehr ausführlich beschrieben. Die bisher beobachteten Wirkungen werden folgendermafsen zusammengefafst: 1. Eine Verminderung der die erkrankte Partie umgebenden Röte in denjenigen Fällen, in welchen dieselbe in hohem Grade schon vor Beginn der Behandlung vorhanden gewesen ist; in den Fällen, in welchen einfach gelblich-braune Knoten in einer weifsen Narbe da waren, in diesem Stadium verursachten die Injektionen keinen sichtbaren Effekt. 2. Die nächste Veränderung war eine schwache Einsenkung im Centrum der Knoten, die zum Schrumpfen derselben und später zur Desquamation der Oberhaut führte. Dann trat auf 3. stetiges Abheilen aller ulcerierten Flächen und 4. langsames Nachlassen des vorher permanenten Ödems der Lippen, Ohren etc. In 2 Fällen (1 und 6) wurde thatsächlich Verschwinden der charakteristischen Lupusknötchen beobachtet, in dem ersteren auf der Oberlippe, in dem letzteren auf dem Augenlid. In anderen Fällen war das Schrumpfen von Knötchen bemerkenswert. Eine andere, hervorragende Wirkung der Injektionen war die Erweichung und Abflachung der Narben. In keinem Falle ist auch nur das schwächste Anzeichen eines Fortschreitens der Krankheit seit Beginn der Behandlung beobachtet worden. Dies war besonders in Fall 2 bemerkenswert, der früher unter so vielen Behandlungsmethoden stets eine grofse Neigung zu Recidiven und zur Weiterverbreitung gezeigt hatte. Was die unmittelbare Wirkung der Injektionen betrifft, so war bei den Anfangsdosen nur geringe oder gar keine Reaktion vorhanden, bei gröfseren stellte sich Temperatursteigerung, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Beinen, zuweilen Atembeschwerden, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit ein. Lokal zeigte sich die ganze erkrankte Partie, auch zumeist die Narben ganz im Beginn erythematös gerötet und geschwollen. Die Reaktionserscheinungen verschwanden jedoch schnell, und dann fühlten sich die Patienten besser als je zuvor. Im ganzen sind die Verfasser in der Lage, die gleichmäfsig

guten, zum Teil brillanten Wirkungen des Neu-Tuberkulin bei Lupus vulgaris zu bestätigen, ohne jedoch die erzielten Resultate schon als „Heilungen“ anzusehen.

C. Berliner-Aachen.

Lupus vulgaris behandelt mit Kochs Neu-Tuberkulin, von Allan Jamieson. (*Brit. med. Journ.* 18. Nov. 1897.) Der Verfasser berichtet über 2 Fälle, von denen der eine ein 17jähriges Mädchen betraf, die seit ihrer frühesten Kindheit an Lupus litt. Die höchste Dosis Tuberkulin, die sie erhielt, betrug 3½ mg und diese wurden jeden zweiten Tag gegeben. Die Reaktion war schwach. Gleichzeitig wurden die Lupuspartien lokal mit einer Antimonchloridlösung oder mit einer 2%igen Kaliumpermanganatlösung bepinselt. Die Verdickung, sowie jede interstitielle Entzündung der Haut verschwand unter dieser Behandlung, so dafs die Haut des Gesichtes und Halses, die befallen waren, nun dünn, weich, faltbar waren. Dagegen persistierten die bräunlich-gelben Knötchen in beträchtlicher Zahl. Im zweiten Falle trat ebenfalls Besserung, wenn auch nicht in so markanter Weise, ein. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen in der Behandlung des Lupus, von Albers-Schönberg. (*Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen.* Bd. I.) Ein 20jähriger Patient leidet seit über 2 Jahren an Lupus der Nase, der Oberlippe, der Nasolabialfalten, der vergeblich nach verschiedenen Methoden behandelt war. Er wurde nun ca. 8 Monate hindurch mit Röntgenstrahlen behandelt; nur so oft sich eine Dermatitis einstellte, wurden die Sitzungen ausgesetzt. Es trat vollständige Heilung ein. — Eine 48 Jahre alte Frau mit einem fünfmarkstückgrofsen Lupus der Wange, lupösen Knötchen an Oberlippe und Septum narium wurde demselben Heilverfahren unterworfen. Dasselbe wurde 6 Monate fortgesetzt; nur bei drohender Dermatitis wurden Pausen gemacht. Auch hier wurde der Lupus der Haut vollkommen unter Substituierung einer normalen Haut geheilt; nur der Lupus im Naseninnern war nicht beeinflufst. Jedenfalls war in beiden Fällen die Besserung resp. Heilung eklatant. — Man soll nicht zu hochgespannte Ströme wählen, um die sehr langsam abheilende, unangenehme Dermatitis zu vermeiden. Die gesunden Hautteile werden vor der Bestrahlung durch Auflegen von Bleiplatten geschützt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung des Lupus vulgaris mit koncentrierten chemischen Strahlen, von Niels R. Finsen. (*Settimana med. dello Sperimentale.* 1898. No. 8.) Um die kalorische Wirkung der Sonnenstrahlen nach Möglichkeit auszuschliefsen, benutzt Verfasser eine 20—40 cm breite Hohllinse, welche mit einer Lösung von Methylenblau und ammoniakalischem Kupfersulfat angefüllt ist. Da er aber die Beobachtung gemacht hat, dafs der Blutgehalt der Gewebe das Eindringen des Lichtes in dieselben verhindert, so erzeugt er durch Druck mittelst eines Uhrglases auf die zu behandelnde Stelle eine künstliche Blutleere. In dieser Weise hat er 59 Fälle von Lupus behandelt, von denen 23 geheilt und 30 noch in Behandlung sind; ein einziger wurde von dieser Behandlung in keiner Weise beeinflufst. Neuerdings verwendet er Bogenlicht (80 Ampères) und Linsen aus Bergkrystall, welche den ultravioletten Strahlen den Durchgang gestatten (was bei Linsen aus gewöhnlichem Glas nicht der Fall ist), aber sehr teuer sind. *C. Müller-Genf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 11. 1. Dezember 1898.

Ein Fall von Verunstaltung der Haare bakteriellen Ursprungs.

Nodositas pilorum microphytica. Trichomycosis palmellina Pick.

Von

Dr. E. Sonnenberg-Lodz.

(Mit Tafel VI.)

Die Verunstaltung der Haare, die ich hier in Kürze zu besprechen die Absicht habe, war schon öfters von mir beobachtet. Gegenwärtigen Fall hatte ich die Gelegenheit vor zwei Monaten zu bemerken. Er betrifft den Haarwuchs der Achselhöhlen und hat meine Aufmerksamkeit ganz zufälligerweise in Anspruch genommen, indem das Hauptleiden meines Patienten ein ganz anderes war (Lues).

Bevor ich die näheren Details der Haarveränderung besprechen werde, erwähne ich an dieser Stelle nur kurz, dafs die besagten Haare dünn und von rötlicher Farbe sind. Die Haut der Achselregionen wie auch der Umgebung derselben zeigt keine Veränderung. Im Haarwuchs aller anderen Körperregionen habe ich nichts Abnormes bemerkt.

Der Patient ist ein schmächtiger Blonder mit wenig entwickeltem Muskelsystem und Panniculus; er ist 45 Jahre alt.

Das makroskopische Bild.

Um näher die Veränderungen der Haare zu betrachten, habe ich mehrere derselben mit den Wurzeln aus den beiden Achselhöhlen ausgezupft. Ich fand folgendes:

Auf dem Stumpfe der Haare ziehen sich in der Entfernung von etwa 1—3 cm von der Oberfläche der Haut trockene, gestaltlose Massen. Sie umgeben die Haare und bilden darauf eine Verdickung. Die Verdickungen vergröfsern den Umfang des von der Affektion betroffenen Haares zweifach und sogar dreifach. Die Farbe der besprochenen Gebilde ist oliven- bis braungelb, abhängig von der Schichtung derselben: je dicker die Umhüllung ist, desto dunkler erscheint der Abschnitt des veränderten Haares. Die besagten Gebilde erscheinen als derbe, längliche Massen; auf den meisten

Haaren ist die Länge der Verdickungen von 1/2 bis 3 cm; auf zwei Haaren erreichen sie eine Länge von 4 cm; über diese Zahl geht die Verbreitung nicht hinaus. Die Massen umringen das Haar cylinderartig. In meinem Falle ist das nur auf einigen Haaren sichtbar. An mehreren Haaren verbreiten sich die Massen in der Art, dafs sie in der Mitte am dicksten sind, was dem erkrankten Teile eine spindelförmige Gestalt giebt.

Die Oberfläche der bereits beschriebenen zwei Gattungen der Gebilde scheint wie mit kleinen Körnchen bedeckt zu sein; sie ist unregelmäfsig holperig und rauh. Auf anderen Haaren, deren Zahl in unserem Falle bedeutend ist, erscheint das uns interessierende Abweichen in Form begrenzter, kleiner, kurzer, glanzloser Knoten, die auch, wie die oben erwähnten zwei Arten, gelbweifser Farbe sind. Die kugelförmigen Erhöhungen in der Zahl von einigen oder mehreren sitzen unbeweglich sehr nahe nebeneinander auf dem Haare und umgeben dasselbe wie mit einem Ringe in der Weise, dafs das Haar in der Mitte des Knotens liegt und der erkrankte Abschnitt des Haares eine rosenkranzähnliche Form hat.

Auf einigen Haaren fehlt die symmetrische Anordnung der kugelrunden Massen: die Knoten sitzen auf dem Haare excentrisch; ihre Masse ist nicht egal auf beide Seiten des Haares verteilt: auf einer Seite ist die Anschwellung gröfser als auf der anderen. Die Zahl der Knotengebilde, die ein einzelnes Haar umfassen, ist verschieden; die gröfste Zahl derselben, die ich auf einem Haare fand, betrug 18.

Die knotigen Erhöhungen zeichnen sich bezüglich ihrer Gröfse durch Mannigfaltigkeit aus. Die am besten entwickelten Knoten haben einen Durchmesser dreimal so grofs als der des Haares, auf dem sie sitzen. Andererseits giebt es wieder so kleine Knoten, dafs sie für das unbewaffnete Auge kaum sichtbar sind, und das Haar scheint wie bestäubt zu sein. Bei dem Berühren jedoch fühlt man immer an der verdächtigen Stelle eine Rauhheit.

Der Unterschied in der Gröfse der einzelnen Knoten kommt nicht nur bei der Zusammenstellung verschiedener, mit dem Leiden behafteter Haare vor, sondern er ist auch auf einem und demselben Haare sichtbar: nach einem oder einigen dicken Knoten folgt ein kleinerer u. s. w.

Die knotenartigen Anlagerungen sind auf dem Haare überwiegend in kurzen Distanzen und in gewisser Ordnung situiert, bisweilen aber sind sie längs des Haarschaftes unregelmäfsig zerstreut.

Auf einigen Haaren ist die Lage der Gebilde abweichend: die kugelförmigen Verdickungen sind gruppenweise zu 3, 4 und 5 zusammengehäuft. Die Gruppen sind wieder durch kurze, 1/2 bis 1 cm grofse Distanzen voneinander getrennt.

Unter den ausgezupften Haaren giebt es endlich einige Exemplare, wo die Gruppierung der besagten Gebilde sich anders vorstellt: die diffuse

Form kombiniert sich zuweilen mit der knotigen in der Art, dafs einem cylinderartigen Überzuge abwechselnd knotige Verdickungen folgen und umgekehrt.

Auf zwei Haaren drängen sich die Knoten so dicht aneinander, dafs sie fast zu einer Masse konfluieren. Das sind gleichsam Übergangsformen von der knotigen in die diffuse.

Die Anlagerungen an den Haaren, sowohl die diffusen wie die knotigen, — wie bereits erwähnt wurde — stellen derbe und trockene Massen dar.[1] Sie sind an die Cuticula des Haares festgeheftet, lassen sich vom darunterliegenden Haare mit dem Nagel nicht abkratzen, durch Quetschen und Kämmen können sie nicht abgelöst werden. Dieselben sind halb durchsichtig: die Durchsichtigkeit tritt am besten hervor, wenn man nicht sehr dicke Exemplare und bei guter Beleuchtung betrachtet.

Die besprochenen Verdickungen finden sich in dem geschilderten Falle nur in einem beschränkten Bezirk, nämlich ausschliefslich in der Nähe der Haarwurzel lokalisiert, während andere Stellen des Haares, d. h. die Mitte und dessen Ende, ganz normal sind. Auch die internodulären Stücke und die Strecken zwischen den diffusen Verdickungen des Haarschaftes sind unverändert.[2]

Das mikroskopische Bild.

Die besprochenen Verdickungen des Haarschaftes manifestieren sich bei der mikroskopischen Besichtigung verschiedenartig, je nachdem ob man diffuse oder knotige Verdickungen untersucht. Im ersten Falle sehen wir eine kontinuierliche mit Höckern versehene gelbe Scheide um das Haar. Die Scheide ist durchsichtig, so dafs man das Haar in ihrer Mitte erkennen kann. Gut durchscheinend sind nur diejenigen Strecken, welche nicht mit massenhaften Anlagerungen bedeckt sind. Die Scheide zeigt unregelmäfsige Konturen und ist mit mehr oder weniger tiefen Rissen versehen, welche in senkrechter Richtung zur Achse des Haares gehen. Wenn man isolierte und nicht sehr dicke Knoten mikroskopisch untersucht, sieht man, dafs dieselben blafsgelb mit Einschnitten erscheinen. Die Knoten sind voneinander durch Distanzen verschiedener Gröfse getrennt; in den erwähnten Distanzen scheint das Haar unverändert zu sein, was makroskopisch den internodulären Abständen des Haares entspricht. Hinter vielen einzelnen Knoten kann man noch das Vorhandensein von kurzen, hakenförmigen Recessus, die sich von den Bestandteilen des Haares abheben, wahrnehmen. Sie biegen sich nach aufsen und abwärts und unter-

[1] Auf den Haaren „in situ" sind die besprochenen Anlagerungen von geringer Konsistenz, nach dem Auszupfen aber und nach längerem Verbleiben an der Luft trocknen sie ein und verändern sich in kompakte Körper.

[2] Auf den Abbildungen (s. Tafel) sind die Haare wie auch die Verdickungen mehrmals vergröfsert.

scheiden sich von den Knotenmassen durch dunklere Farbe. Es sind die abgelösten Schuppen des Oberhäutchens (Cuticula). Das Verhältnis der Cuticulaschuppen zu den erwähnten Anlagerungsmassen ist derartig, daſs die letzten in den von den Haaren und dem abgebogenen Oberhäutchen gebildeten Winkeln eingelagert sind und oft deren Grenzen weit nach auſsen überschreiten.

Kulturen.

Die mit besagter Affektion behafteten Haarfascikel wurden den 10. März d. J. nach sorgfältiger, gründlicher Abspülung in sterilisiertem Wasser auf Pepton-Levulose-Agar, Pepton-Bierwürze-Agar und Pepton-Gelatine-Agar überimpft. Das Wachstum der Kolonien hat bei Zimmertemperatur stattgefunden.[3]

Am siebenten Tag konnte man schon auf allen aus den Haaren angestellten Kulturen eine geringe Anschwellung der angegriffenen Fascikel bemerken. Die Anschwellung vergröſserte sich mit der Zeit kontinuierlich. Die Form der Kulturen entsprach anfangs ganz der Form der Gebilde auf dem Haare: rings um die knotigen Verdickungen waren die Kulturen kugelförmig und bei den diffusen Auflagerungen cylinderartig. Jedoch mit der Zeit und mit der Zunahme der Kolonien verwischte sich deren Unterschied: nach 20 Tagen erschienen schon die Kolonien in Form länglicher, buckeliger Wülste. Die verhältnismäſsig gröſste Entwickelung beobachtet man auf dem Pepton-Bierwürze-Agar, auf welchem ein längliches, gegliedertes Gebilde weiſslicher Farbe entstand, das Ähnlichkeit mit einer Raupe hatte.

Die Färbung der Kolonien war nicht auf allen Nährböden egal: auf Pepton-Levulose-Agar war sie schwefelgelb (3 Präparate), auf Pepton-Bierwürze-Agar (3 Präparate) weiſslich-gelb, auf Pepton-Gelatine-Agar ist sie rötlich. In einer Kultur mit Zucker-Agar sieht man an der Peripherie der gelben Kolonie eine grauweiſsliche Färbung.

Um mikroskopisch zu untersuchen, habe ich das Präparat mit alkoholisch-wässeriger Lösung von Methylenblau gefärbt. Die Untersuchung ergab folgendes: Auf dem blaſs-bläulichen Boden des mikroskopischen Feldes treten blau gefärbte Mikroorganismen in Form der Diplokokken hervor. Die letzten sind dicht nebeneinander placiert. Der Diplococcus ist in eine Kapsel gehüllt und meist mit einem zweiten Diplococcus in eine Hülle eingeschlossen. Bisweilen bilden die Diplokokken eine kurze Kette von 3 und 4 Paar. Man kann manchmal unter ihnen kürzere Exemplare sehen.

Bei einigen Präparaten habe ich mich der alkoholischen Fuchsin-

[3] Mit der Anfertigung von Kulturen war Kollege Silberstrom so gefällig sich zu befassen.

lösung bedient. Die Diplokokken wurden dann hellrot gefärbt. Im übrigen war das Bild ganz wie oben. Der erwähnte Diplococcus färbt sich nach Gram.

Die Diagnose.

In Anbetracht der oben beschriebenen klinischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen komme ich zur Überzeugung, dafs wir im gegenwärtigen Falle mit einer Affektion der Haare zu thun haben, die unter dem Namen „Nodositas pilorum microphytica" bekannt ist und welcher Pick die Bezeichnung „Trichomycosis palmellina" gab.

Die Differentialdiagnose.

Das oben beschriebene Abweichen der Haare hat eine grofse Ähnlichkeit mit einem anderen Leiden: ich meine die Verunstaltung, welche unter dem Namen „Piedra" bekannt ist.[4]

---

[4] „Piedra" — spanisches Wort, welches Stein bedeutet, wegen der festen Konsistenz der Gebilde, die das ergriffene Haar umfassen. Die Benennung reicht bis an die Zeiten von Osorio (1846), welcher der erste war, der die Aufmerksamkeit auf das geschilderte Leiden gelenkt hat. Wilson beschrieb das Leiden unter dem Namen „Lepothrix". Anfangs der siebziger Jahre unseres Jahrhunderts sind bereits ähnliche Anomalien der Haare von Lindemann und Knoch in Rufsland, von Beigel in London beobachtet worden. Letzterer nannte den Pilz, den er isolierte, „Chignonpilz". Viel Verdienst in der Beschreibung der Piedra gebührt Radcliffe Crocker, Babès, Barthélemy, Balzer, Patteson, Posada-Arango.

Juhel-Renoy und Lion, um gleichzeitig die knotige Form und das ätiologische Moment des Leidens zu bezeichnen, haben es unter dem Namen „Trichomycose noduläre" beschrieben. Die Frage über die Benennung der besprochenen Krankheit war der Gegenstand einer lebhaften wissenschaftlichen Polemik zwischen Renoy und Behrend (1890). Der letztere hat scharfe Einwände gegen die Renoy-Lionsche Definition erhoben. Der wichtigste Einwand Behrends war der, dafs die Renoysche Definition oft Veranlassung zur Verwechselung der Piedra mit Nodositas pilorum microphytica geben kann. Behrend proponiert, die Krankheit wegen der ovalen Form der Sporen, welcher er diagnostisch eine bedeutende Wichtigkeit zuschreibt, „Trichosporon ovoïd" zu benennen. Renoy und Lion stimmen mit dem vorgeschlagenen Terminus nicht überein. Die ovale Form der Sporen ist — nach der Meinung Renoys — für das besprochene Leiden nicht konstant. Die Befürchtung Behrends betreffs der Verwechselung mit Nodositas pilorum microphytica ist auch wenig berechtigt.

Wichtige Anhaltspunkte für die Ätiologie der besagten Haarkrankheit sind jüngst aus der Hamburger Schule gewonnen.

Unna beobachtete einen Fall von Piedra, der dem Falle Renoy-Lion-Behrends sehr ähnlich war. Nähere Untersuchungen aber haben gewisse bakteriologische Unterschiede nachgewiesen. Darauf gestützt, sprach Unna die Ansicht aus, dafs die Gebilde der Piedra morphologisch sehr ähnlich, aber in den ätiologischen Details verschieden voneinander sein können. Auf der Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte in Lübeck (1895) machte Unna weitere Mitteilung über Piedra. Er hebt hervor, es unterscheiden sich voneinander nicht nur die zwei Formen der Piedra, die amerikanische (Piedra columbica) und die europäische (Piedra nostras), sondern gewisse Differenzen bieten auch die einzelnen, in Europa vorkommenden Fälle dar.

Die eben angeführte Unnasche Ansicht bestätigt sich auch in den Arbeiten seiner Assistentin, Frau Trachsler, die sich der von Unna angegebenen kulturellen Methoden bedient hatte. Sie verglich die Kulturen der Piedra im Falle Renoy-Behrends mit denen vom Unnaschen Falle. Das klinische Bild der hergestellten Präparate zeigt keinen Unterschied. Das mikroskopische Bild war auch dasselbe, blofs die Messungen ergaben hier geringe Gröfsenschwankungen in der Form der Sporen. (Im Falle Renoy.

Sowohl hier wie dort werden kleine Haarfascikel in Form von Knoten oder diffusen Massen umschlossen. In beiden Fällen ist die Substanz, welche diese Verdickungen bildet, gestaltlos, von weifslicher bis braungelber Farbe[5] und kann nur schwer und mit Läsion des Haares beseitigt werden. Die Oberfläche der angegriffenen Haarstücke ist in unserem Falle wie auch bei „Piedra" von rauher Beschaffenheit und bietet dem Tastgefühle Unebenheiten dar.

Von den anderen mit diesen Erkrankungsformen gemeinsamen Merkmalen erwähne ich hier noch die Unschädlichkeit, in dem Sinne, dafs die genannten Anomalien keine Veränderungen in dem Körper des Haarschaftes verursachen. Auch in beiden Fällen sind keine Veränderungen in den Haarwurzeln und in der Haut der benachbarten Regionen wahrzunehmen.

Trotz der äufseren Ähnlichkeit sind die beiden Verunstaltungen ätiologisch ganz differente Prozesse. Das ätiologische Moment für die Veränderungen, die wir in unserem Falle haben, verursachen Kokken, indem die Rolle des pathogenen Agens bei „Piedra" ein Fadenpilz von kleinen, ovalen, teils polygonal gestalteten Sporen und kurzen, gegliederten und vielfach verzweigten Mycelfäden spielt.[6] „Piedra" ist zwar im spanischen Südamerika, namentlich in Columbien, aufserordentlich verbreitet, in Europa aber kommt sie seltener vor, während die in Rede stehende Verunstaltung eine viel öftere Erscheinung ist.[7] Ferner, die Verdickungen bakteriellen Ursprungs sind am häufigsten in den Achselhöhlen und sehr selten in anderen Körperregionen lokalisiert, die „Piedra" hingegen zeigt sich verhältnismäfsig seltener in den Achselregionen, aber oft greift sie den behaarten Kopf bei Frauen und den Bart und Schnurrbart bei männlichen Personen an.

Historischer Überblick.

Die besprochene Gestaltveränderung der Haare war schon längst beobachtet. Noch vor einem halben Jahrhundert, im Jahre 1845, hat Lebert

---

Behrends war die Länge der letzten $3^3/_4$—4 μ, die Breite $1^1/_2$—$2^1/_4$ μ, im Falle Unna 4—$4^1/_2$ μ und $2^1/_2$—$3^1/_2$ μ.) Viel gröfsere Unterschiede ergaben aber die biologischen Eigenschaften der besagten Pilze.

Somit ersehen wir, dafs bezüglich des Begriffes über das ätiologische Moment der Piedra bis in die letzte Zeit unter den bedeutenden Klinikern Meinungsverschiedenheiten bestehen. Der Lehre der Identität aller Formen der Piedra, die hauptsächlich durch Behrend vertreten ist, steht scharf gegenüber die Unnasche Ansicht. Gestützt auf die nicht miteinander harmonierenden Kulturbilder, stellt Unna die Lehre auf, dafs das Krankheitsbild der Piedra von verschiedenen Species derselben Pilzgattung erzeugt werden kann.

[5] In Kopenhagen jedoch ist die Farbe der Verdickungen, denen man in Fällen von Nodositas pilorum microphytica begegnet, fast ausschliefslich ziegelrot (Haslund). *Real-Encyklop. der gesamt. Heilk.* III. Aufl. IX. S. 389.

[6] Juhel-Renoy und G. Lion: „Recherches histo-biologiques et étiologiques sur la Trichomycose nodulaire". *Annales de Dermatologie et de Syphilographie.* 1890. p. 769.

[7] In Columbien, namentlich im Staate Cauca. (Juhel-Renoy und Lion, l. c.)

eine gleichartige Form von Knoten am Kopfhaar beschrieben, die er bei einem an Favus leidenden Patienten bemerkt hatte.[8] Mehrere Jahre später wurden von BULL und MARTIN Kokkenansiedelungen am Kopfhaar eines Kindes beobachtet, bei welchem sie einen schmierigen Überzug über den Haarschaft bildeten.[9] BULL konstatierte, dafs es sich hier um einen Parasiten handelte, welchem er den Namen „Zoogloea capillorum" beilegte.

In den Werken von PFAFF[10] und OESTERLEN[11] finden sich ebenfalls Andeutungen über ähnliche Verunstaltungen der Haare in den Achselregionen und der Schamhaare. Den Angaben der genannten Forscher, besonders aber den Abbildungen, die dem Buche PFAFFs beigefügt sind, ist zu entnehmen, dafs es sich gleichfalls um dasselbe auf bakterieller Infektion beruhende Leiden gehandelt hat.

Erst seit PICK hat die ätiologische Seite dieser Verunstaltung eine positive Grundlage gewonnen. Im Jahre 1875 publizierte PICK eine Arbeit, in welcher er die wesentlichsten Merkmale der genannten Verunstaltung schilderte und dieselbe als absolut von Bakterien abhängig bezeichnete.[12]

Sehr wertvolle Leistungen liegen in dieser Beziehung von WALDEYER und BEHREND[13] vor. Bezüglich der Ursache spricht sich der letztgenannte in dem Sinne aus, dafs es sich hier wahrscheinlich um eine Art von Mikrophyten handelt, die überhaupt auf der allgemeinen Decke des Menschen haften und nur an den Haaren der Achselhöhle sich deshalb in gröfseren Massen anhäufen, weil sie hier geschützter seien und durch die lokalen Verhältnisse einen günstigeren Nährboden finden. Derselbe Forscher meint auch, dafs diese Kokken wahrscheinlich mit den bei Alopecia areata von THIN und VON SEHLEN gefundenen identisch seien.[14]

Im Anschlufs an diese kurze historische Darlegung sei noch erwähnt, dafs letztens, im vorigen Jahre, eine derartige Verunstaltung TH. EISNER veröffentlicht hat.[15] Er gab eine genaue Beschreibung des klinischen, mikroskopischen Bildes und der Kulturen, welche er auf Zuckeragar angelegt hat.

Und jetzt gestatte ich mir, an dieser Stelle noch auf einige Einzel-

---

[8] LEBERT: *Physiologie pathologique.* Paris. 1845. Citiert bei BEHREND („Nodositas pilorum microphytica", *Real-Encykl.* l. c., S. 391).

[9] G. BEHREND, l. c., S. 391.

[10] PFAFF: *„Das menschliche Haar".* Leipzig 1869. 2. Auflage.

[11] OESTERLEN: *„Das menschliche Haar".* Tübingen 1874. S. 53. Citiert bei BEHREND (l. c.).

[12] PICK: *Vierteljahrschr. f. Dermatologie.* 1876. VIII. 625.

[13] BEHREND: *Real-Encykl.* (l. c.).

[14] BEHREND (l. c.) S. 391.

[15] TH. EISNER: „Über Trichomycosis palmellina PICK". (*Arch. f. Dermatol. und Syphilis.* Bd. XLI.)

heiten hinzuweisen: ich meine die Lokalisation der betreffenden Affektion am Haare, die Frequenz derselben u. s. w.

In dem oben beschriebenen Falle kommen die Haarverdickungen ausschliefslich in der Nähe der Haut vor. Aber das genannte Übel kann auch andere Haarstellen befallen. Vor einigen Wochen habe ich wieder Gelegenheit gehabt, eine derartige Affektion an den Haaren der Achselhöhle bei einer anderen Person zu beobachten. Die Haare unterscheiden sich vom ersten Falle durch veränderte Anordnung der Verdickungen längs des Haarstumpfes. Die Verdickungen umfassen hier, im Gegensatz zu den beschriebenen, die von der Haarwurzel entferntesten Teile, also die Mittelstücke und die Enden der Haare.

Fraglich ist es jetzt, wie oft greift dieser eigentümliche Zustand die Haare an?

Was diesen Punkt betrifft, kann man nichts positives angeben. Es scheint jedoch, dafs solche Fälle nicht selten seien. BEHREND fand diese Veränderung an den Haaren der Achselregionen bei fast 90% seiner poliklinischen Patienten.[16]

Am häufigsten findet man die Verdickungen, wie ich bereits erwähnt habe, am Haarschaft der Achselhöhle, viel seltener an den Schamhaaren, und im letzten Falle kommen die Anlagerungen nicht so beträchtlich vor wie in axillis. Nur ausnahmsweise findet man sie auf dem Kopfhaare.

Bei der mikroskopischen Besichtigung kann man — wie ich oben erwähnte — Cuticulaschuppen sehen. Um das besser wahrzunehmen und das Wesen der Anlagerungen deutlicher zu bestätigen, bediente ich mich der von BEHREND angegebenen Tinktionsmethode, indem ich die betroffenen Haarfascikel in eine wässerige Fuchsinlösung brachte, mit salpetersäurehaltigem Alkohol auswusch und mit Methylenblau nachfärbte. Hierbei ergab sich, dafs die Haare mit den seitlichen Recessus rot und die Lücken zwischen den letzteren und dem Haare blau gefärbt wurden. Diese Färbungsreaktion entscheidet über das Wesen der Recessus. Eine und dieselbe Färbung des Haares und der Recessus dürfen zu Gunsten der Annahme sprechen, dafs die letzteren Bestandteile des Haares, abgelöste Cuticulaschuppen seien.

Die blaue Färbung ist hier — nach BEHREND — der Ausdruck der Bakterienansiedelung.[17] Dasselbe Tinktionsverfahren lehrt auch, dafs sich der Sitz der Parasiten nur in den besagten Massen auf den Haaren und zwischen den abgebogenen Cuticulaschuppen findet, weiter aber in den Körper des Haares dringen die Parasiten nicht hinein.

---

[16] GUSTAV BEHREND (l. c.).
[17] *Real-Encykl.* (l. c.).

Auf den Haaren also, die mit diesem Übel betroffen sind, konstatieren wir zwei anomale Erscheinungen: Kokkenansammlungen und die Ablösung der Cuticulaschuppe. Jetzt ist es fraglich, welche von den genannten Erscheinungen den Anstofs zum Entstehen der Anomalie gegeben hat, kürzer gesagt, welches von beiden Momenten früher entstanden ist?

Behrend ist der Meinung, dafs die Parasitenansiedelung hier nachträglich sei. Für diese Ansicht spricht das erwähnte Tinktionsverfahren: Wenn man eins von den angegriffenen Haaren der oben besprochenen Färbungsmethode unterwirft, bemerkt man nicht selten, dafs nicht der ganze Winkel, welcher von dem Haarschaft und der abgebogenen Cuticulaschuppe gebildet wird, blau gefärbt ist, sondern nur minimale Stellen in der Spitze des Winkels blau hervortreten. Mit einem Worte, die Lockerung der Schuppen ist mit den Kokkenansiedelungen am Haarschaft in dem Sinne verknüpft, dafs die Läsion der Cuticula hier wahrscheinlich primär ist. Der Einfluſs der Läsion auf das Entstehen der Haarverunstaltung liegt darin, dafs die abgebogenen Schuppen die Ansiedelung der Parasiten begünstigen.

Und an Momenten, welche die Maceration der Haare beeinflussen und dieselben usurieren, fehlt es in den Achselhöhlen nicht, namentlich: Schweifs, Wärme, Schmutz, Staub, der Mangel an Überzug auf den Haaren infolge des Nicht-Auseinanderkämmens[18] u. s. w.

Das eigenartige des in Rede stehenden Haarleidens beruht darauf, dafs die Mikroorganismen, wie erwähnt, nur oberflächlich auf dem Haare liegen und in das Innere der Haarmasse nicht eindringen. Auch die Haut in der Nähe der betroffenen Haare wird in die Affektion nicht mitgezogen. Das letztere gilt auch von der Haarwurzel, wenigstens in dem oben beschriebenen Falle, wo sie vollständig intakt geblieben ist. Die Parasiten also, deren Gegenwart auf dem Haare in engem Zusammenhange mit den geschilderten Haarverdickungen steht, stellen unschädliche Ansiedler in dem Sinne dar, dafs die Verunstaltung, welche sie hervorrufen, keine subjektive Belästigungen verursacht; die von dieser Affektion angegriffenen Haare fallen nicht aus. Demnach bleiben auch sehr oft solche Zustände von den Patienten unbemerkt.

---

[18] Von H. Dobrzycki wird auf den Mangel an Fettschicht auf den Haaren als Begünstigungsmoment für das Ablösen der Cuticulaschuppe ein grofses Gewicht gelegt. (H. Dobrzycki: *„O Koltunie“ [Über den Weichselzopf]*, 1877. S. 143).

Ein Fall von konträrer Sexualempfindung beim Manne.

Von

Dr. M. Goldfarb-Lodz.

Zugleich mit der Entwickelung der Medizin beginnen die Ärzte immer mehr und mehr zu dem Schlusse zu gelangen, dafs konträre Sexualempfindungen nicht immer als Zeichen von Ausschweifung einer Person, die des Normalen überdrüssig ist und Befriedigung im Abnormen zu suchen beginnt, aufzufassen sind. Sogar eine Autorität wie Krafft-Ebing spricht sich dafür aus, dafs nicht nur angeborene, sondern auch erworbene konträre Sexualempfindungen Zeichen der Entartung sind.

Der Fall, den ich hier beschreiben will, bietet doppeltes Interesse: erstens beweist er deutlich, dafs konträre Sexualempfindungen wirklich angeboren sein können; zweitens ist sich mein Patient vollständig der Abnormität seiner Empfindungen bewufst und sucht sie zu ersticken und zum Normalen überzugehen.

Im vorigen Jahre wandte sich an mich seines Trippers wegen ein Buchhalter, 33 Jahre alt, der vor kurzem aus Deutschland nach Lodz übergesiedelt war. Seine Angabe aber, dafs der unglückliche Beischlaf, der einen Tripper zur Folge hatte, überhaupt erst der zweite in seinem Leben war, kam mir aufsergewöhnlich vor, weshalb ich ihn einem genaueren Verhör unterzog. Verwirrt, teilte er mir mit, dafs er bis zur letzten Zeit überhaupt keine Neigung zu Weibern, sondern nur zu Männern gehabt hätte. Trotzdem liefse er sich mit Männern in kein Verhältnis aus folgenden Gründen ein: erstens, weil er ein eifriger Katholik wäre und als solcher dem Pater seine abnormen Verhältnisse beichten müfste; zweitens fürchtete er früher oder später ertappt zu werden und mit den Gerichten in Konflikt zu kommen. Nur ein einziges Mal, $13^1/_2$ Jahre alt, konnte er seine Leidenschaft nicht beherrschen, nahm die Hand seines Mitschülers und drückte sie an seinen mit dem Hemde bedeckten Penis an, wobei es zu einem Samenergufs kam; den Penis jedoch seines Mitschülers berühren — wie jener es wünschte — wollte er nicht.

Da er sich der Abnormität seiner Neigung für Männer bewufst war, gab er sich nach seiner Ankunft in Lodz Mühe, dieselbe zu bekämpfen und suchte zu diesem Zwecke eine Prostituierte, die ihm sympathisch schien, auf. Es kam nur zu einer Immissio penis, nicht aber zu einem Samenergufs. Im allgemeinen war der Prozefs ihm recht angenehm. Nach kurzer Zeit versuchte er den Beischlaf zum zweiten Mal auszuführen, und zwar mit einer anderen Prostituierten, die ihm weniger gefiel.

Auch dieses Mal kam es — zwar mit gröfserer Mühe — nur zur Immissio penis, nicht aber zum Samenergufs, wobei sich als Resultat ein Tripper einstellte, der den Kranken zu mir führte. Dieses kleine Malheur schreckte ihn aber nicht ab und er fuhr fort, nach seiner Genesung vom Tripper jede Woche Frauenzimmer zu besuchen, einzig und allein aus dem Grunde, um seine abnorme Neigung zu bekämpfen. Zum Samenergufs ist es aber im Laufe des Jahres nur in 20—25 Fällen gekommen, einmal sogar zweimal in einer Nacht, weil das Frauenzimmer ihm besonders sympathisch war. Jedoch hat der Kranke — wie er sich selbst äufsert — am Beischlaf mit Frauenzimmern kein grofses Vergnügen, obgleich er auch nicht sagen kann, dafs ihm dieser unangenehm wäre. Die Hauptursache des geringen Vergnügens sieht er in der Verkäuflichkeit der Frauenzimmer, mit denen er verkehrt. Um seine lasterhafte Neigung zu unterdrücken, würde er sogar ein ihm sympathisches Weib heiraten, wenn es mit der Heirat einverstanden wäre.

Dieser Tage teilte er mir auf Befragen mit, dafs er sich gern mit einem Manne in eine geschlechtliche Verbindung einlassen würde, wenn sich dazu eine passende Gelegenheit böte, obgleich der Verstand ihm sage, dafs nur mit Frauenzimmern der geschlechtliche Verkehr ein normaler sein kann. Ferner sagte er mir, dafs er nur zu einigen, ihm besonders sympathischen Männern Neigung fühle; dabei glaubt er, dafs er nicht im stande wäre einen Coitus per anum auszuführen, da der blofse Gedanke daran ihn anekele; er würde sich mit Küssen und Umarmungen mit einem ihm sympathischen Manne begnügen, und vielleicht würde es noch zu einer gegenseitigen Berührung der Geschlechtsteile kommen. Darin bestehe auch der Charakter seiner von Pollutionen begleiteten Träume.

Die Geschlechtsteile sind beim Kranken gut und normal entwickelt. Weder im Bau des Körpers, noch des Gesichtes sind irgend welche Zeichen der Entartung zu bemerken. Er spricht vollständig vernünftig, wird aber leicht rot und verwirrt. Das Einzige, was mir am Kranken wunderbar erschien, war seine übermäfsige Frömmigkeit, seine Furcht gezwungen zu sein dem Pater alles zu gestehen, wenn er der Versuchung nachgeben würde, mit Männern in geschlechtliche Verbindung zu treten.

Der Vater des Kranken starb, 70 Jahre alt, am Herzfehler, soll angeblich geistig und körperlich vollständig gesund gewesen sein, war fromm, aber durchaus nicht bigott. Die Mutter des Kranken dagegen, die auch im selben Alter wie ihr Mann starb, wies manche Eigentümlichkeiten auf, auf die mich der Kranke besonders aufmerksam machte: sie war eine ruhige, arbeitsame Frau, aber verschlossen und nicht mitteilsam; lebte ausschliefslich für die Familie, hatte keine Freundinnen und verkehrte weder mit Frauen, noch mit Männern; war ferner extrem aufrichtig und gewissenhaft. Kälte oder Antipathie dem Manne gegenüber

hat sie nie gezeigt, aber auch keine besondere Wärme. Ein Bruder des Kranken ist im 25. Lebensjahre in einer Irrenanstalt gestorben. Der Grofsvater, väterlicherseits, starb im 75. Lebensjahre an Altersblödsinn. Ein anderer Bruder, 37 Jahre alt, soll auch keine besondere Neigung zu Weibern besitzen, jedoch machte er vor zwei Jahren einer Dame einen Heiratsantrag, wurde aber abgewiesen. Einen geschlechtlichen Verkehr mit Weibern soll er bis dato nicht pflegen, weil er, als eifriger Katholik, es als Sünde betrachtet, unvermählt mit Weibern geschlechtlich zu verkehren. Der dritte, ältere Bruder, 41 Jahre alt, heiratete mit 35 Jahren, hat vier Kinder und soll mit seiner Frau glücklich leben, so dafs man annehmen mufs, dafs er ein vollständig normaler Mensch ist. Drei Schwestern des Kranken sind verheiratet, haben Kinder und sollen nichts Abnormes aufweisen.

Wir haben also einen intelligenten Herrn mit abnormem Geschlechtstrieb, welcher in der Medizin unter dem Namen „konträre Sexualempfindung" bekannt ist. Trotz wiederholter Unterhaltung mit dem Kranken konnte ich nichts Abnormes an ihm entdecken, wenn man seine leichte Verwirrbarkeit, sein leichtes Erröten und seine, für einen intelligenten Menschen übermäfsige Religiosität nicht als Abnormität betrachten will. Die Mutter des Kranken war ohne Zweifel eine nicht ganz normale Person. Ein Bruder starb wahnsinnig. Der Grofsvater väterlicherseits ist an Altersblödsinn gestorben. Der andere Bruder ist wahrscheinlich auch kein normaler Mensch, da er bis zum 37. Lebensjahre, aus Furcht vor einer Sünde, den geschlechtlichen Verkehr mit Weibern mied. Kurzum, der abnorme Geschlechtstrieb meines Kranken ist durch Entartung und Erblichkeit bedingt. Da Patient seine krankhafte Leidenschaft zu bekämpfen bemüht ist und geschlechtlichen Verkehr mit Frauenzimmern sucht, mit denen er, obgleich mit Mühe, manchmal auch mit Erfolg den Beischlaf ausführen kann (also keine vollständige Aversion gegen Weiber vorhanden ist), glaube ich diese Form der konträren Sexualempfindung nach KRAFFT-EBING (*Psychopathia sexualis*, 1891, pag. 97) zur psychischen Hermaphrodisie hinzuzählen zu müssen.

Was die Prognose des gegebenen Falles anbetrifft, so glaube ich kaum auf eine vollständige Genesung des Kranken hoffen zu können, nicht einmal in dem Falle, wenn er eine ihm sympathische Person heiraten würde, weil erstens die Krankheit angeboren ist; zweitens der Umstand, dafs Patient, nach Verlauf von einem Jahre geschlechtlichen Verkehrs mit Frauenzimmern, sich äufserte: die Vernunft treibe ihn zu Weibern, während die Sinneslust ihn zu Männern hinziehe. Aber auch zu heiraten würde ich meinem Patienten nicht raten aus dem Grunde, weil er damit ein moralisches Verbrechen seinem Weibe und seiner eventuellen Nachkommenschaft gegenüber begehen würde.

Aus der Praxis.

Wie fixiert man stark wirkende Medikamente am Ellbogen und Knie?

Von

P. G. Unna.

Sollten meine Kollegen noch nie eine Schwierigkeit zu überwinden gehabt haben bei der Behandlung von Hautkrankheiten der Ellbogen und Kniee und bei der genauen Lokalisation und Fixation der Medikamente an diesen Hautstellen? Man sollte es denken, da in therapeutischen Aufsätzen bei diesem Gegenstande kaum ein Autor verweilt. Ich habe es aber immer besonders schwer gefunden, z. B. psoriatische oder ekzematöse inveterierte Flecke der Knie und Ellbogen bis auf den letzten Rest zu beseitigen. Denn hier treffen sich zwei die Behandlung stets erschwerende Umstände: eine abnorm dicke Hornschicht und eine abnorm grofse Beweglichkeit.

Der erstere von diesen Umständen veranlafst uns, unseren Salben keratolytische Zusätze zu machen wie Seife und Salicylsäure und weiter die Medikamente womöglich in der Form von stark wirkenden Pflastermullen oder Dunstverbänden zu applizieren. Aber wenn auch die Pflastermulle heutiger Konstruktion an allen sonstigen Körperstellen vorzüglich haften, den ungemein ausgiebigen und nahezu unaufhörlichen Bewegungen dieser Gelenke ist ihre Klebkraft doch nicht gewachsen. Der Chysarobin-, Pyrogallol-, Resorcin- oder Salicyl-Seifen-Pflastermull — alle verschieben sich beim Gebrauche der Arme und Beine etwas und kommen mit der gesunden Haut der Umgebung in einen unliebsamen Kontakt, der absolut vermieden werden mufs, will man eine glatte Heilung erzielen. Eine Gelenkfeststellung, wie man sie bei Säuglingen erzielt, um Kratzen zu vermeiden, würde ja leicht diese Schwierigkeit beseitigen, ist aber bei Erwachsenen stets unanwendbar. Ich habe im Laufe der Jahre überhaupt nur eine Methode der sicheren Fixation bewährt gefunden und will über dieselbe hier berichten. Vielleicht, dafs ein Kollege sich einfacher zu helfen gewufst hat und hierdurch veranlafst wird, seine Methode ebenfalls mitzuteilen.

Ich trage auf den Streckseiten der Extremitäten ober- und unterhalb des Gelenkes gut klebenden Zinkleim ziemlich dick auf, so dafs nur die erkrankten Hautstellen der Gelenke frei bleiben, und vervollständige diesen Streifen durch zwei um die Extremitäten — z. B. beim

Ellbogen um den Oberarm und Vorderarm — herumgehende, etwa 5 cm breite Leimringe, welche die Gelenkbeuge selbst in der Ausdehnung von 5 cm frei lassen. Nun wird ein Stück des betreffenden Pflastermulls auf die kranke Hautstelle appliziert und mit Zinkleim ebenfalls überfahren. Nachdem der Zinkleim etwas angetrocknet und nur noch klebrig ist, bindet man nun das Gelenk mit 8-Touren einer Mullbinde so ein, daſs alle Touren sich über dem Gelenk und Pflastermull kreuzen und die Streckseite des Oberarms mit ziegelartig sich deckenden Schlingen bedecken, an der Beugeseite aber sich auf den beiden Leimringen zusammendrängen, so daſs die Gelenkbeuge selbst frei bleibt. Nun werden die Bindentouren noch einmal überleimt und wattiert und dadurch absolut fixiert. Durch sie wird nun auch der Pflastermull sicher in seiner Lage erhalten, während die Gelenkbewegungen, da die Gelenkbeuge frei gelassen ist, nicht im mindesten geniert sind. Ein solcher Verband kann mehrere Tage liegen bleiben und thut seine Schuldigkeit in jeder Richtung. Er vereint das tuto mit dem jucunde, aber wäre vielleicht doch noch zu vereinfachen.

Wie ich es hier von dem Pflastermull beschreibe, so lassen sich auch alle anderen Behandlungsformen an denselben Regionen festhaftend ausführen. Man hat immer nur nötig: die periphere Einleimung und die in 8-Touren mit Freilassung der Beuge angelegte Mullbinde. So kann man Chrysarobinsalbe oder Chrysarobincollodium applizieren, darüber Guttaperchapapier oder Zinkoxydpflastermull und darüber Leim oder einen Resorcin- oder Sublimat- oder Kalidunstverband mit Guttaperchapapier und darüber Leim. Ein sehr kräftiger Dauerverband für extrem hartnäckige Psoriasisflecke dieser Gegend ist u. a. eine Aufpinselung von Chrysarobin und Salicylsäure in Collodium (2 : 2 : 20), Bedeckung mit Teerpflastermull und darüber Einleimung mit der 8-Binde.

Versammlungen.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. Oktober 1898.

Vor der Tagesordnung demonstriert Litten ein Präparat, das von einer Frau stammt, die lange Zeit an **Pyurie** litt. Die Palpation ergab einen deutlich fluktuierenden Tumor in der rechten Nierengegend. Es wurde auf Grund des Harnbefundes und der Palpation die Diagnose auf rechtsseitige Pyonephrose gestellt, als deren Ursache man einen Calculus annahm. Mit Hülfe des Cystoskops konnte die linke Uretermündung nicht gesehen werden. Ebensowenig führte die Palpation der linken Nierengegend zu einem sicheren Resultat. Da nun die Urinmenge eine normale war,

so nahm Litten an, daſs die linke Niere gesund sei. Es wurde von Körte die Nephrektomie gemacht. Es trat nach der Operation Anurie für die nächsten Tage ein. Unter urämischen Erscheinungen erfolgte nach 6 Tagen der Exitus. — Die durch Operation gewonnene rechte Niere zeigte in ihrem Becken einen gewaltigen Stein; die Sektion ergab jedoch, daſs die linke Niere viel schwerer affiziert war als die exstirpierte rechte Niere. Das Nierengewebe war fast ganz zu Grunde gegangen und am Ureter bestand auf eine weite Strecke eine Atresie. Somit war die Anurie nach der Operation ganz erklärlich.

Israel meint, man müsse vor der Operation bei gewöhnlicher Nahrung die 24stündige Harnstoffmenge bestimmen. Zeigt sich dann, daſs weniger als die Hälfte oder gerade die Hälfte der Harnstoffmenge ausgeschieden wird, so würde er nicht die Nephrektomie, sondern nur die Nephrotomie ausführen. Wenn mehr als die Hälfte der normalen Harnstoffmenge innerhalb 24 Stunden ausgeschieden werde, mache er die Nephrektomie. — Casper führt aus, daſs man, da die Operation keine eilige war, vor der Operation wiederholt den Ureterenkatheterismus der als gesund angenommenen Niere hätte versuchen müssen. Wenn dies miſslang, so hätte man den Gesamturin der sicher erkrankten Niere durch einen Verweilkatheter in dem Ureter während der Dauer von 24 Stunden auffangen können. Somit würde es möglich gewesen sein, einen Rückschluſs auf das Sekret der anderen, vor der Operation als gesund angenommen Niere zu machen.

Dann hielt Herr van Niessen einen Vortrag: **Zur Ätiologie der Syphilis.** Die Kulturversuche mit syphilitischem Blut miſslangen, weil das Blut der Syphilitiker sicherlich gewisse Grade von Immunität zeige. Auch das Knochenmark von hereditärsyphilitischen Kindern habe ihm keinen sicheren Anhaltspunkt für die Entdeckung des Mikrophyten gegeben. Man müsse sich an die als kontagiös geltenden, breiten Kondylome halten. Daraus gelang es ihm im Petersburger Institut eine Spezies in Reinkultur zu züchten, die er als sichere Erreger der Syphilis anspricht. Im Gewebe zeigen die Bacillen mit den von Lustgarten beschriebenen eine gewisse Konformität. Er habe mit dem von ihm entdeckten Bacillus Tierversuche angestellt. Er machte zunächst mit seiner Reinkultur an Meerschweinchen submuköse und subcutane Injektionen. Er sah kleine Pusteln entstehen, die nicht exulcerierten, sondern desquamativ eintrockneten. Es zeigten sich Schwellungen von Lymphsträngen etc. Noch überzeugendere Resultate einer gelungenen Impfinfektion will er am Schweine erzielt haben, das — seiner Meinung nach — dem Menschen viel näher stände. Die Epidermis und die sich an ihr zeigenden Prozesse seien hierbei leichter zu übersehen. Er fand eine gewisse Zeit nach der Injektion ein multiformes Exanthem und an der Mucosa der Alveolarfortsätze traten deutliche Blasen auf, die er als Plaques auffaſst. Dann machte er Versuche an Affen, denen er teils submuköse, teils subcutane Injektionen von seiner Kultur machte. Es trat bei dem ersten Affen eine Phimose auf. Es bildete sich eine Pustel, die eintrocknete. Hierauf zeigte sich eine Sklerose, dann sah er polyganglionäre Leistendrüsenschwellungen eintreten. — Bei dem zweiten Affen seien eine Zeit nach der Injektion eine deutlich fühlbare Infiltration, ferner Papeln am Mons veneris und am Occiput entstanden. Namentlich an letzterem traten tiefe Ulcerationen auf, die aber nicht Eiter secernierten, sondern speckig glänzten. Nachdem eine linksseitige Hemiplegie eingetreten war, verendete der Affe. Die Sektion ergab einen ischämischen Herd am entgegengesetzten Hirnschenkel, ferner Endarteriitis, Fettleber. Ein dritter Affe zeigte flache Erosionen an den Lippen, polyganglionäre Leistendrüsenschwellungen, Fettleber, Peri- und Endarteriitis. Die Todesursache war eine Leptomeningitis. Bei dem vierten Affen, dem er etwas von seiner Bouillonkultur injizierte, sei eine deutliche Erblindung eingetreten, ferner eine Parese

beider Unterextremitäten, die sich zu einer Paraplegie steigerte. Während der Affe früher sehr mobil war, schleppte er seine Beine nach. Es trat ein pustulöses Exanthem am Mons veneris, ein knötchenförmiges Exanthem am Schwanze auf. Er versuchte bei diesem Affen, die Erscheinungen durch Injektionen mit Hydrargyrum salicylicum zu reparieren. Hiernach besserte sich die Paraplegie, wenn auch eine völlige Wiederherstellung nicht mehr eintrat. Auch die Sehkraft nahm wieder zu. Mit beiden Händen hielt sich dieser Affe den Kopf, woraus VAN NIESSEN einen Rückschluſs auf die Beschwerden des Affen machte. Nach dem Verenden dieses Tieres ergab sich auch hier Fettleber, Lymphadenitis universalis und Veränderungen am Lumbalmark — VAN NIESSEN glaubt damit die Ätiologie der Syphilis klargestellt zu haben.

Diesem Vortrage folgte starker Beifall. Die Diskussion lieſs aber keinen Zweifel, daſs die Befunde VAN NIESSENS niemand überzeugt hatten. Zuerst drückte BLASCHKO seine Enttäuschung darüber aus, daſs VAN NIESSEN nur Photographien infizierter Tiere, nicht lebende Individuen vorführe. VAN NIESSEN habe schon vor zwei Jahren einen anderen spezifischen Bacillus gefunden, der dieselben Erscheinungen bei Tieren hervorgerufen. Diesen Bacillus habe VAN NIESSEN nunmehr aufgegeben. Die Beweise fehlen ihm für die Richtigkeit der NIESSENschen Entdeckung. — LASSAR betrachtet den von der Gesellschaft dem Herrn VAN NIESSEN gezollten Beifall nicht als Übereinstimmung mit dem Inhalt seines Vortrages, sondern als eine Aufforderung fortzufahren, die Ätiologie der Syphilis zu klären. Die Bakterien unter dem Mikroskope halte er für alte Bekannte. Die Photogramme von den infizierten Affen lassen nicht deutlich erkennen, ob nicht dieselben mit Tuberkulose infiziert seien. DOHI und TAGUCHI haben schon vor VAN NIESSEN ähnliche Bacillen beschrieben. — Auch MEISSNER erhebt Protest gegen die Beweisführung VAN NIESSENS. Die Diagnose, ob Sklerose, ob Papeln vorliegen, könne nicht das Auge, nicht das Gefühl entscheiden, nur der pathologisch-anatomische Befund sei dafür maſsgebend. — WOLF meint, es sei eine Flora von Bacillen durch VAN NIESSEN als die Erreger der Syphilis angesprochen worden. Bald seien es Staphylokokken, bald Streptokokken. — VAN NIESSEN bekennt in seinem Schluſswort, in seinen früheren Publikationen vielfach bakteriologisch gesündigt zu haben. Er glaube aber, daſs seine diesmalige Entdeckung auf gründlicher, wohl ganz einwandfreier Arbeit beruhe. Den strikten Beweis der syphilitischen Infektion durch Impfung mit seiner Reinkultur am gesunden Menschen habe er aus leicht ersichtlichen Gründen nicht führen können. — Die Ausführungen des Herrn VAN NIESSEN hinterlieſsen wohl bei niemand einen Zweifel darüber, daſs die Frage nach der Ätiologie der Syphilis nach wie vor eine ungelöste sei.

Sitzung vom 26. Oktober 1898.

HELLER demonstriert vor der Tagesordnung einen Patienten, Eisenbahnbeamter, mit **Naevus flammeus giganteus.** 1860 hat derselbe Syphilis acquiriert, zeigt noch heute Narben, die von den Erscheinungen der tertiären Syphilis herrühren. Die obengenannte Hautanomalie, welche er als Nebenbefund aufweist, nimmt nahezu die ganze rechte Körperhälfte ein. Neben den Teleangiektasien haben sich Kavernome herausgebildet. Auch besteht eine rechtsseitige Varicocele. Die Extremitäten der erkrankten Seite zeigen elephantiastische Bildungen. Auch ist eine Elephantiasis des Penis vorhanden. Bemerkenswert ist also an dieser in so groſsem Umfange seltenen Hautaffektion, daſs sie absolut einseitig sich zeigt, ferner daſs gleichzeitig Kavernome sich herausgebildet haben und eine nicht zu verkennende Elephantiasis der Extremitäten der erkrankten Seite vorhanden ist. Demgemäſs ist die Erkrankung als eine halbseitige Teleangiektasie mit Angioelephantiasis aufzufassen.

John Hirsch-Berlin.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 9./21. Oktober 1898.

(Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.)

1. Shiwult stellt einen 11jährigen Knaben vor mit einem **Naevus verrucosus ichthyosiformis** der rechten unteren Extremität. Es handelt sich um einen linearen Naevus, welcher gleich unterhalb des Gesäfses beginnt und ohne Unterbrechung von hier längs der Beugeseite der rechten unteren Extremität hinabzieht bis zur Ferse. Am Oberschenkel lokalisiert er sich so ziemlich in der Mittellinie, dann verläuft er aber in der Kniekehle lateralwärts, um am Unterschenkel wiederum allmählich die Mittellinie einzunehmen. Gekennzeichnet wird der Naevus durch graugrüne verhornte Auflagerungen.

2. Shiwult stellt einen zweiten Fall von **Naevus verrucosus** vor, welcher in der Gegend des Brustbeins beginnt und von hier über die linke Brusthälfte zur Achselhöhle zieht. Dieser Naevus besteht aus einzelnen kleinen warzenförmigen Gebilden und zeigt viele Unterbrechungen. Shiwult giebt im Anschlufs an diese Demonstration einen Überblick über den augenblicklichen Stand der Naevusfrage und spricht sich für eine Abhängigkeit von den Nerven aus, worauf auch die sonstige Neigung der vorgestellten Kranken zu nervösen Hautkrankheiten deutet. So z. B. wurde der eine Naevusfall gelegentlich einer Dermatitis herpetiformis Duhring, der andere gelegentlich eines Herpes zoster entdeckt. In Bezug auf die Nomenklatur der Naevi bezeichnet S. die Jadassohnsche Benennung derselben als systematisierter Naevus am besten.

Pospelow entgegnet darauf, dafs die Naevi in Beziehung gesetzt werden: 1. zu den Nerven, 2. zu den Voigtschen Grenzlinien und 3. zu den Langerschen Spaltrichtungen. Während wir beim Herpes zoster gewohnt sind eine Abhängigkeit von den Nerven zu finden, obgleich die Herpeseruptionen durchaus nicht genau dem Verlauf der Nerven entsprechen, sehen wir bei den Naevi einen aufserordentlich regelmäfsigen, den Nerven entsprechenden Verlauf. Derselbe entspricht aber nicht dem Verlauf eines Nerven, sondern mehreren, so z. B. in dem vorgestellten, sehr interessanten, ersten Fall zuerst dem N. cut. femoris post., dann demjenigen des N. communicans tibialis und endlich demjenigen des N. peroneus. Eine genaue Übereinstimmung mit den Voigtschen Grenzlinien läfst sich gleichfalls nicht erkennen, dagegen entspricht der Verlauf den Haarströmen, welche durch die Langerschen Linien gekennzeichnet werden. P. stimmt also sowohl in Bezug auf die Entstehung als auch in Bezug auf die Nomenklatur Jadassohn bei.

3. Speranski referiert über den weiteren Verlauf der **Reinfectio syphilitica** bei dem am 24. April in der Gesellschaft vorgestellten Kranken mit Ulcus induratum und Lymphadenitis. Anfang Juni traten nämlich, nachdem Kopfschmerzen vorausgegangen waren, Ekthymapusteln auf der einen Schulter auf. Nun wurde die antisyphilitische Allgemeinbehandlung eingeleitet; aber schon im August trat ein Recidiv in Gestalt einer spezifischen Angina auf. Es ist daher der Beweis erbracht, dafs es sich wirklich um einen Fall von Reinfektion gehandelt hat und dafs dieselbe durchaus nicht leichter als das erste Mal verläuft. Pospelow bestätigt diese Beobachtungen.

4. Orlow referiert über einen Fall von **Ulcus rodens** des Unterschenkels im Anschlufs an ein gummöses syphilitisches Geschwür und demonstriert die bezüglichen mikroskopischen Präparate.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 21. März und 26. April 1898.

1. **Gumma oder Carcinom des weichen Gaumens?** von A. Alpár. Der Kranke ist 54 Jahre alt und bemerkte vor zwei Monaten in der Größe eines Thalers eine verfärbte Stelle, welche sich in kurzer Zeit in ein Geschwür verwandelte und bald mehr und mehr an Tiefe zunahm. Patient acquirierte im 18. Lebensjahre einen Schanker mit konsekutivem Bubo; ob nun sekundäre Erscheinungen darauf folgten, darüber ist nichts Bestimmtes zu erfahren. Zehn Jahre nachher heiratete Patient, seine Frau gebar 12 Kinder, von denen 5 leben und gesund sind, die übrigen starben im Alter von 1—1½ Jahren an Eklampsie. Patient konsultierte einen Chirurgen, der Carcinom diagnostizierte und, nachdem derselbe die Operation verweigerte, mit Chromsäure pinselte. Bei Untersuchung des Kranken, der sonst kräftig entwickelt ist, konnte man auf der rechten Seite des weichen Gaumens einen thalergroßen Substanzverlust konstatieren mit scharfem Rande und granulierendem Grunde, der Rand ist mit einem schmalen roten Streifen umsäumt. Das Geschwür ist ganz schmerzlos, die übrige Schleimhaut intakt, die Halsdrüsen sind normal. Auf der Haut, im Knochensystem und inneren Organen sind sonst keine Veränderungen zu finden. Die Differentialdiagnose wäre hier zwischen Tuberkulose, Carcinom und Gumma zu stellen. Tuberkulose kann ausgeschlossen werden, nachdem weder Heredität noch Tuberkulose anderer Organe nachweisbar sind. Zwischen Carcinom und Gumma ist die Entscheidung schwer, umsomehr als sonst andere syphilitische Symptome nicht nachweisbar sind. Der Umstand aber, daß das Geschwür scharfrandig und schmerzlos ist, die regionären Drüsen normale Beschaffenheit haben, während doch das Carcinom mehr ein diffuser Prozeß ist, dessen Ränder aufgeworfen und hart infiltriert erscheinen, Schmerzhaftigkeit des Geschwüres und Vergrößerung der regionären Drüsen vorhanden zu sein pflegen, sprechen eher für ein Gumma. Übrigens soll noch nebstdem eine durchzuführende antiluetische Kur für die Diagnose entscheiden.

Havas hält den Fall ebenfalls für Lues und glaubt, daß der rote Hof um das Geschwür von der Chromsäure herrührt. — Basch hält das Geschwür für ein Carcinom. — Justus glaubt aber ein Sarkom annehmen zu können. — Róna schließt ebenfalls Syphilis aus; die oberflächliche Lage, das Verhalten der Ränder sprechen eher für eine Geschwulst als für Syphilis.

2. **Ein Fall von Exfoliatio epidermidis neonatorum,** von A. Alpár. Bei dem 3 Monate alten Kinde ist die ganze Oberhaut, hauptsächlich auf dem Rumpfe und den Streckseiten der Extremitäten stark rissig, mit nagelgroßen Lamellen bedeckt, welche sich leicht ablösen lassen und an deren Stelle die Haut lebhaft rot und verdünnt erscheint. Die Handteller und Sohlen sind frei, auch das Gesicht ist nur um die Augenbrauen und Mundecken herum mit feinen Schüppchen, die behaarte Kopfhaut mit seborrhoischen Krusten bedeckt, die Haare sind sehr verdünnt. Die Mutter des Kindes giebt an, daß die Haut des Säuglings schon in den ersten Lebenstagen lebhaft gerötet war und fein schuppte. Das Allgemeinbefinden des Säuglings und die Verdauungsfunktionen sind gut. Die Mutter hatte 9 Kinder, die übrigen hatten stets eine gesunde Haut. In diesem Falle ist der physiologische Prozeß (Vernix caseosa) durch das monatelange Bestehen zu einem pathologischen geworden, indem eine vermehrte Absonderung der Talgdrüsen und gesteigerte Schuppung vorhanden ist. Gegenwärtiger Prozeß muß von der Ichthyosis sebacea oder congenita unterschieden werden, indem letzterer bösartig ist.

3. **Ein Fall von Acne varioliformis des Kopfes,** von Popper. Der 30jährige Beamte hat seine jetzige Affektion seit 2 Jahren. Als sich Patient vor 5 Monaten in der Schwimmerschen Klinik meldete, war die ganze behaarte Kopfhaut mit zahlreichen

flachen, linsengroſsen, bläulichroten, schmerzhaften Knötchen besät, zwischen welchen sich auch zahlreiche kleine Pusteln und flache gedellte Krusten vorfanden. Die Heilung dieser Stellen ging immer mit tiefliegenden, häſslichen Narbenbildungen einher. P. hält diese Veränderungen für identisch mit der Acne varioliformis frontis, nur ist die Lokalisation eine andere. Auf der behaarten Haut sieht man sehr groſse Komedonen, welches eher auf eine Erkrankung der Talgdrüsen als der Haarfollikel schlieſsen lieſse. Dieser Zustand kann noch mit Syphilis verwechselt werden. Die Therapie bestand in Waschungen mit Spir. sapon. kalin. und Einreibungen mit weiſser Präcipitatsalbe, der Erfolg zeigte sich schon nach 10—15 Tagen. Auch Joseph hält diese Behandlung für die einzig entsprechende.

Róna bemerkt, daſs die meisten Autoren diese Erkrankung mit den in die Haarfollikel mündenden Talgdrüsen in Beziehung bringen. Popper scheint die Untersuchungen von Bock und Pick nicht gekannt zu haben, sonst wäre die Beurteilung des Wesens dieser Erkrankung für ihn eine leichtere gewesen. Was die Lokalisation der Affektion bei diesem Falle anbelangt, so ist dieselbe nicht bloſs auf die behaarte Kopfhaut beschränkt, sondern es zeigen auch andere Stellen, z. B. die Bart- und Nasenhaut Spuren der Erkrankung. Was die äuſsere Behandlung anbelangt, so kann man auch mit anderen Mitteln (Schwefel, starke alkalische Seifen, antiseptische Lösungen etc.) sehr gute Resultate erreichen.

4. **Ein Fall von Lichen ruber planus**, von Basch. Der 41jährige Patient bemerkte vor $^3/_4$ Jahren den Beginn seiner Erkrankung und im Verlaufe eines halben Jahres nahm dieselbe kolossal an Dimensionen zu, so daſs die ganze Hautoberfläche mit den typischen Lichen ruber planus-Efflorescenzen dicht besät ist. Patient bekommt innerlich asiatische Pillen.

5. **Gumma oder Epithelioma palati?** von Justus. Den von Alpár vorgestellten Fall bekam J. zur weiteren Untersuchung. Er hielt den Fall von vornherein für ein Epitheliom. Seine Blutuntersuchungen bestätigten dies, andererseits zeigte das excidierte Stück des Geschwürs, histologisch untersucht, alle für ein Epitheliom charakteristischen Merkmale.

6. **Ein Fall von Lupus erythematodes**, von S. Róna. Bei der 41jährigen verheirateten Frau ist auf der Stirn am Rande der behaarten Kopfhaut in der Form eines 10 Hellerstückes eine braunrote juckende Infiltration zu sehen. Patientin bemerkte den Anfang des Übels vor zwei Monaten.

7. **Ein Fall von Lichen ruber planus extern behandelt**, von S. Róna. Die 52jährige verwittwete Arbeiterin leidet seit ca. 4 Monaten an einem juckenden Ausschlag. An der inneren Fläche der Oberschenkel befinden sich zahlreiche linsen- bis bohnengroſse Lichen planus-Infiltrate, nebst diesen ist noch an der linken Handwurzel eine thalergroſse Plaque. Auf 10% Chrysarobin-Traumaticin verschwanden die meisten Plaques. In einem anderen Fall erzielte R. mit 10% Salicyl-Alkohol dieselbe günstige Wirkung.

8. **Ein Fall von Seborrhoea circinata**, von S. Róna. Der 20jährige Patient bemerkt seit vier Monaten, über das Brustbein übergreifend, auf beiden Brusthälften einen Ausschlag. Daselbst sieht man linsengroſse und noch gröſsere kreisförmige, tellerartig vertiefte, braunrote, typische Läsionen, auſser diesen schmalen Kreissegmenten ziehen sich auch schlängelnde Linien. Der übrige Teil der Haut und die Schleimhäute sind normal.

Schein macht die Bemerkung, daſs Török in neuerer Zeit ähnliche Fälle untersuchte und einen histologisch nachweisbaren Zusammenhang zwischen diesem Prozesse und der Psoriasis gefunden hat. — Róna sah ebenfalls, daſs Psoriasisreste in der Gegend des Sternums, in den Cruralfalten, am Nacken seborrhoische Plaques bildeten,

auch sah er typische Psoriatiker mit einer Seborrhoea circinata behaftet. Róna giebt wohl zu, dafs man hier und da zuerst die Seborrhoea circinata und nachher die Psoriasis vulgaris an ein und demselben Individuum beobachten kann, glaubt aber, dafs die bereits früher und heute von ihm vorgestellten Fälle selbständige, mit der Psoriasis vulgaris durchaus nicht identifizierbare Krankheitsfälle sind. Nachdem aber das Wesen der Seborrhoea circinata noch nicht aufgeklärt ist, sind derartige Untersuchungen allerdings mit Freuden zu begrüfsen.

9. **Einen Fall von Psoriasis vulgaris mit follikulären Läsionen** stellt Varga vor und beruft sich ebenfalls auf die Török'schen Untersuchungen.

A. Alpár-Budapest.

Deutsche Medizinische Gesellschaft von Chicago III.

Sitzung vom 12. Mai 1898.

(*New Yorker Medizinische Monatsschrift.* 1898. No. 8.)

Ein Leiomyom der Wangenhaut von Erbsengröfse demonstriert **M. Herzog.** Dasselbe ist von den Mm. arrectores pilorum oder von den Gefäfswandmuskeln ausgegangen.

Einen Fall tuberöser Lepra demonstriert Lieberthal, der ein charakteristisches Bild zeigt. Patient stammt aus Griechenland und ist seit einem Jahre in Amerika. Die Erkrankung begann vor 6 Jahren.

Über die Differentialdiagnose von Lepra- und Tuberkelbacillen spricht F. R. Zeit. Nach seinen Beobachtungen ist die Färbung der Leprabacillen in der Kälte, wie sie Baumgarten für genügend erachtet, nicht immer möglich. Es kann dieses Moment daher für die Differentialdiagnose nicht in Betracht kommen. Charakteristisch ist die grofse Anzahl der Bacillen, die an einem Ende zugespitzt sind, und kuglige Bacillenhaufen in dem aus dem angestochenen Lepraknoten ausgetretenen Serum. — Klebs betont, dafs die Leprabacillen zum Unterschied von den Tuberkelbacillen beweglich sind. Unter Paraffinabschlufs bleibt die Beweglichkeit erhalten, bei 46—40° C. erlischt sie.

Einen Fall von ulceröser Hauttuberkulose der Wange stellt Lieberthal vor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 46, Heft 1. 1898.

I. **Über tingible Kugeln in syphilitischen Produkten,** von Ferdinand Winkler-Wien. Verfasser hat in einer vorläufigen Mitteilung der *Wiener klin. Wochenschr.* 1897, No. 17, auf das konstante Vorkommen scharf begrenzter kugeliger Gebilde in syphilitischen Produkten aufmerksam gemacht. Um eine Nachprüfung und Ergänzung dieser Befunde zu ermöglichen und eine Klarstellung der Natur der kugeligen Gebilde zu erleichtern, teilt Verfasser in der vorliegenden den Gang seiner Untersuchungen und das Resultat derselben an der Hand von Abbildungen ausführlicher mit. Das Färbeverfahren, welches in Anwendung kam, war folgendes:

a) Für Gewebsschnitte: 1. Vorfärbung durch 5 Minuten in wässeriger Eosinlösung. 2. Abspülen des Farbstoffes in Alkohol und Auswaschen in Wasser. 3. Färben in verdünnter Karbolthioninlösung durch etwa eine Stunde, eventuell unter leichtem Erwärmen. 4. Abspülen in formalinhaltigem Wasser und Entfärben in mehrfach gewechseltem Formalin. 5. Übertragen in absoluten Alkohol und mehrfaches Wechseln desselben. 6. Aufhellen in Xylol oder Bergamottöl, Einschliefsen in Balsam.

b) Für Deckglaspräparate: 1. Färbung in verdünnter Karbolthioninlösung durch etwa eine Stunde. 2. Entfärben in mehrfach gewechseltem Formalin. 3. Übertragen in absoluten Alkohol. 4. Trocknen und Einschliefsen in Balsam.

Nach dem vorstehenden Färbeverfahren behandelte Präparate aus syphilitischen Produkten zeigen im mehr oder weniger entfärbten Gewebe kleine, kreisrunde, scharf begrenzte, von einem hellen Hofe umgebene Kugeln, die meist in ihrem Innern einen hellen, etwas excentrisch liegenden Fleck besitzen. In guten Präparaten sehen sie violett, in mehr ausgewaschenen schwärzlich aus. — Trotzdem die Kugeln sich regelmäfsig in allen syphilitischen Produkten vorfinden, so vermag Verfasser in ihnen dennoch nicht das spezifische Virus zu sehen, weil er ähnlichen Gebilden auch in Schnitten von Lupus vulgaris, die nach demselben Verfahren gefärbt waren, begegnet ist. Die auffallende Lage der tingiblen Kugeln in der Nähe von Mitosen könnte vielleicht dahin gedeutet werden, dafs die Kugeln aus veränderten, gewissermafsen gestörten Mitosen hervorgehen und dafs es sich bei ihnen um ein Zusammenfliefsen von Chromatinsubstanz handelt.

II. **Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge,** von E. Vollmer-Bad Kreuznach. Der Verfasser hat seine Untersuchungen auf Grund eines Falles gemacht, dessen ausführliche Krankengeschichte in der *Dermatologischen Zeitschrift.* Bd. V, Heft 1 (vergl. Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26, No. 7, S. 362) mitgeteilt ist. Der Patient, ein Syphilitiker, zeigte eine an der Spitze und an den Seiten in einen eigentümlichen, weifslichen Pelz verwandelte Zungenschleimhaut. Die langen Papillenspitzen bildeten die Haare des Pelzes. Die ganze Zungenoberfläche ist schwärzlich-braun, im Centrum schwarz verfärbt. Der schwarze Überzug der Zunge reicht bis an die Papillae circumvallatae, von denen aus der Zungengrund wieder rot wird. Der mit dem Scalpell von der Zunge heruntergeschabte schwarze Belag besteht mikroskopisch aus Epithelzellen, weifsen Blutkörperchen und eigenartigen Bildungen von Hornsubstanz. Die Entstehung dieser eigentümlichen Hornbildungen ist als die Folge eines abnorm festen Zusammenhanges der verhornenden Stachelzellen anzusehen. Was diesen Zusammenhang der normaler Weise sich ablösenden Hornzellen bedingt, bleibt dunkel. Ebenso ist die Ätiologie der schwarzen Haarzunge noch völlig unsicher. Als ätiologische Momente kommen wiederholte Reizung der Mund- und Zungenschleimhaut durch desinfizierende oder adstringierende Mundwässer und starkes Rauchen in Betracht. Auffallend ist in einer Anzahl von Fällen das Zusammentreffen von Syphilis und schwarzer Haarzunge, so dafs die Frage nahe gelegt wird, ob die Hornbildung als eine syphilitische Affektion oder als Begleiterscheinung einer Merkurialstomatitis aufzufassen sei. Weitere eingehende Untersuchungen werden vielleicht mehr Klarheit in die Ätiologie der schwarzen Haarzunge bringen.

III. **Isolierte primäre Blennorrhoe der paraurethralen Gänge,** von Cornelius Horváth - Budapest. Nach einigen Bemerkungen über die einschlägige Litteratur beschreibt Verfasser zwei Fälle aus Dr. Rónas Abteilung für venerische Krankheiten. Fall 1 betrifft einen 21jährigen Schlosser, der sich am 28. Nov. 1897 krank meldet und angiebt, seit ca. 4 Wochen an der Spitze der Eichel eine erbsengrofse, schmerzhafte Geschwulst zu bemerken, wegen deren er den Arzt konsultierte. Der

letztere verordnete ihm innerlich Copaivabalsam und äußerlich Abwaschungen. Patient hatte bisher keine Blennorrhoe durchgemacht. Der Status ergiebt Hypospadie; die äußere Harnröhrenmündung befindet sich in der Gegend der Fossa navicularis. Auf Druck erscheint im Orificium externum ein Tropfen seröses, klares Sekret. An der gewöhnlichen Stelle der Harnröhrenmündung in der Eichel befindet sich eine blinde Tasche, von deren rechter Nische aus ein Gang zur hypospadiatischen Harnröhrenöffnung hinführt. Aus diesem Gange quillt auf Druck reichlich dicker Eiter hervor, der mikroskopisch das typische Bild einer akuten Blennorrhoe darbietet. Außer diesem paraurethralen Gange sind an der unteren Fläche der Eichel noch andere vorhanden, aus denen jedoch kein Sekret genommen werden kann. — Fall 2 betrifft ebenfalls einen mit hochgradiger Hypospadie behafteten Patienten.

IV. **Über Pustulosis acuta varioliformis**, von Fritz Juliusberg-Frankfurt a. M. Der vom Verfasser sehr ausführlich beschriebene Fall betrifft ein $2^1/_2$ Jahre altes, noch nicht geimpftes Kind, dessen Krankeitsbild folgende Charakteristiken aufweist: 1. Die Hauterkrankung zeigt äußerlich einige Ähnlichkeiten mit der Variola und den ihr verwandten Infektionskrankheiten, den Varicellen und der Variola vaccinia, läßt sich aber klinisch sowohl wie mikroskopisch scharf von diesen Affektionen trennen. 2. Die Efflorescenzen der vorliegenden Erkrankung treten schubweise auf, zeigen durchwegs dieselben Entwickelungsstadien und stellen auf ihrem Höhepunkt Pusteln dar, die ohne Narbenbildung abheilen können. 3. Die Affektion scheint durch eine Infektion mit dem Staphylococcus pyogenes aureus veranlaßt zu werden. — Der Fall deckt sich im ganzen mit den von Kaposi als „Eccema herpetiforme" beschriebenen Fällen.

V. **Über die Abhängigkeit des Verlaufs der Urethritis von der Lokalisation der Gonokokken**, von B. A. Drobny-Charkoff. Von 77 Fällen des vom Verfasser beobachteten Materials zeigten 21 (= 27,3%) bei ihrer Urethritis Komplikationen, und zwar 14 Fälle mit mittelmäßigem Inhalt von freiliegenden Gonokokken 4mal und 18 Fälle mit vielen freiliegenden Gonokokken 17mal Komplikationen. — Was die Behandlung betrifft, so erhielten alle Kranken im Beginn ihrer Kur Salol 0,5 pro dosi und 2,0 pro die innerlich, außerdem bei meist intracellulär gefundenen Gonokokken Einspritzungen von Solutio hydrargyri bichlorati corrosivi 0,015—200 Aq. dest.; bei vielen freiliegenden Gonokokken wurden außer Salol Ruhe und warme Kompressen auf den Penis verordnet, überhaupt expektativ verfahren, bis die stürmischen Erscheinungen verschwunden waren, erst dann wurde vorsichtig mit Einspritzungen begonnen. — Der Verfasser zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1. Die Untersuchung des Urethraleiters bei Urethritis muß unbedingt beim Anfang der Erkrankung unternommen werden. Man kann demgemäß die Meinung von Steinberg, daß „die Diagnose der Gonokokken keine praktische Bedeutung für die Klinik der Urethritis hat", oder „daß die Abwesenheit oder das Vorhandensein von Gonokokken im Urethralsekrete keine Bedeutung für unsere Therapie hat" keineswegs acceptieren. 2. Der Verlauf der in Rede stehenden Krankheit hängt von der Lokalisation der Gonokokken im Eiter ab. 3. Die mikroskopische Untersuchung erlaubt fast unbedingt eine entsprechende Prognose des Verlaufes der Urethritis zu machen, was in der Praxis des Verfassers und des Prof. Podres in Charkoff bestätigt worden ist. 4. Die Fälle, wo die Gonokokken hauptsächlich im freien Zustande vorhanden sind, sind ein „Noli me tangere" für eine aktive Therapie. 5. Wenn die Gonokokken intracellulär liegen, kann man mit reinem Gewissen die Einspritzungen anfangen, ohne das Stadium decrementi der akuten Erscheinungen abzuwarten; es ist auch möglich, daß die früh unternommenen Einspritzungen und Instillationen einen abortiven Einfluß auf die Urethritis haben.

VI. **Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers,** von E. Welander-Stockholm. Die Frage, weshalb wirkt Hg unter dieser Form schneller und kräftiger als unter jener? glaubt Verfasser, könne nur durch eine genaue Erforschung und Vergleichung der Absorption, Remanenz und Elimination des Quecksilbers bei den verschiedenen Formen seiner Anwendung beantwortet werden. Bei seinen zahlreichen Untersuchungen hat Verfasser fast konstant die Wahrnehmung gemacht, dafs bei einer Behandlung mit Quecksilber die syphilitischen Symptome um so schneller und sicherer verschwinden, je schneller und kräftiger das Quecksilber absorbiert wird, dafs das Hg um so länger in gröfseren Mengen im Körper remaniert, dafs es um so länger dauert, ehe Recidive auftreten, je kräftiger die Hg-Absorption gewesen ist. — Im folgenden berichtet Verfasser in Kürze über die Untersuchungen, welche er im Laufe von 13 Jahren über die Absorption und Elimination des Quecksilbers bei verschiedenen Formen seiner Anwendung ausgeführt hat. (Fortsetzung f.)

VII. **Zur Kenntnis der grofsen meningealen und Gehirngummata, sowie der Rückenmarkssyphilis,** von E. A. Homén-Helsingfors. Verfasser teilt ausführlich die Krankengeschichten von vier hierher gehörigen Fällen mit, die zur Sektion gekommen waren. Fall 1 betrifft eine 35jährige, wahrscheinlich schon in der Kindheit syphilitisch infizierte, bisher antiluetisch nicht behandelte, seit fünf Jahren verheiratete Frau, Mutter von zwei Kindern. März 1896 erkrankte dieselbe mit heftigen Kopfschmerzen, allmählicher Abnahme der Sehschärfe, zeigte sich launisch und nachlässig. Unter der Behandung trat zeitweilig Besserung ein. Januar 1897 stellten sich Fieber, Aufgeregtheit, später Apathie ein. Einige Male hatte die Patientin leichte allgemeine Krämpfe. Bei der Aufnahme in Verfassers Abteilung am 13. Februar 1897 zeigte sie Somnolenz, bisweilen Unruhe, Zittern hauptsächlich der Arme, beiderseitige Ptosis, Unbeweglichkeit des linken Bulbus, Pupillen erweitert, reaktionslos, Sehvermögen stark herabgesetzt, linksseitige Facialisparese, lebhafte Patellarreflexe, Klopfempfindlichkeit des Schädels. Antiluetische Behandlung. Tod am 21. Februar 1897. Sektion: An der Hirnbasis ein Konglomerat von pflaumengrofsen Gummata (die Hirnnerven umgreifend); kleinere gummöse Bildungen in den Meningen an verschiedenen Stellen des Gehirns, sowie in den spinalen Meningen. Hepar lobatum. Lebergummata. Stark geschrumpfte rechte Niere. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Aufser Gummata stellenweise kleinzellige Infiltration der Meningen und ihrer Septen, sowie Alterationen, besonders der peripheren Teile der Rückenmarkssubstanz. Gefäfsveränderungen. — Fall 2 betrifft ein 18jähriges Mädchen, das seit einem Jahre wiederholte Krampfanfälle mit Erbrechen und Zuckungen im rechten Arm und in der rechten Gesichtshälfte hatte. In der letzten Zeit stellten sich Kopfschmerzen, Schwerfälligkeit der Sprache und Schwäche des rechten Armes ein. Stauungspapille gering. Diagnose: Tumor cerebri. Tod im komatösen Zustande. Sektion: Gumma der linken vorderen Centralwindung, ein faustgrofses nebst einigen kleineren Gummata in der Leber. (Hereditäre oder in der Kindheit erworbene Lues.) — Fall 3 betrifft einen 32jährigen, neuropathisch belasteten, vor ca. 7 Jahren syphilitisch infizierten Mann. Vor zwei Jahren bekam er einen Krampfanfall mit Bewufstlosigkeit, hierauf Kopfschmerzen, Abnahme des Gedächtnisses und der allgemeinen Körperkräfte, Schmerzen und Parästhesien des linken Armes. Besserung unter Jodkalium nur kurze Zeit anhaltend. Bei der Aufnahme in Verfassers Abteilung am 25. September 1895 wiederholte Krampfanfälle, welche gewöhnlich in bestimmter Reihenfolge beinahe die ganze Körpermuskulatur ergriffen. Gesteigerte Patellarreflexe. Tod am 27. September 1895. Sektion: Excessive Pachymeningitis gummosa, sich über einen grofsen Teil der Konvexität der rechten Gehirnhemisphäre erstreckend. Lebergummata. Die mikroskopische Untersuchung ergab stellenweise zellige Infiltration der weichen

Häute, sowie fleckweise Alterationen an der Peripherie des Rückenmarks. — Fall 4 betrifft einen 45jährigen, vor 15 Jahren syphilitisch infizierten, wahrscheinlich nicht genügend behandelten Mann. Im Alter von 41 Jahren bekam er plötzlich anhaltende, starke ausstrahlende Rückenschmerzen (in der Lendengegend). Nach drei Wochen Steifheit und Schwäche zuerst im linken und dann im rechten Bein, später vollständige Lähmung, Gürtelgefühl, Blasenstörungen, Stuhlverstopfung. Unter der Behandlung bedeutende Besserung. Frühling 1893 stellten sich anfallsweise auftretende Kopfschmerzen ein; im Sommer Übelkeit, Schwindel, Doppelsehen. Zeitweilige Besserung unter der antiluetischen Behandlung. Im September desselben Jahres Verschlimmerung, Apathie. Tod am 22. Oktober 1893 im komatösen Zustande. Sektion: Sulzig gelatinöse Infiltration der Chiasmagegend, pflaumengroſse Gummata an der unteren Fläche des Kleinhirns. Im unteren Dorsalteil dicke, meningitische Auflagerung, auch auf das Rückenmark übergreifend. Gefäſsveränderungen. Brust- und Bauchhöhle nicht eröffnet. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band III, Heft 9.

Über die Ätiologie, Pathogenese und Behandlung der septischen Infektionen der Harnwege, von Thorskild Rovsing. In einem Vortrage giebt Verfasser ein Resumé seines die vorliegenden Fragen behandelnden Buches, über welches in diesen Blättern berichtet worden ist. Hier sei nur einiges über die Therapie wiedergegeben. Prophylaktisch ist, da eine Sterilisierung der an Cystitisbakterien reichen Harnröhre unmöglich ist, nach jeder Instrumenteneinführung, bei der zum Einfetten nur Provenceöl oder Glycerin, niemals Vaselin gewählt werden darf, die Injektion einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung in einer Menge von 40—50 ccm mit Nachspülen von sterilem Wasser nötig. Bei täglichem Katheterismus macht man stets eine Ausspülung mit 1%iger Phenosalicyllösung; ist der Harn aber trübe, dann wird sofort zum Argentum nitricum gegriffen. Diese Methode hat Verfasser niemals im Stich gelassen. Die Schmerzen nach der Argentum nitricum-Injektion sind meistens gering. Der Sitz des Leidens muſs stets cystoskopisch festgestellt werden, damit nicht eine Pyelitis oder ein sonstiges Leiden der Harnorgane übersehen wird. Ist die Blase affiziert, dann ist wieder das Argentum nitricum das einzige zuverlässige Heilmittel. Die Pyelitis wird mit der Verabreichung von 2 Liter destilliertem Wasser und 3—4 g Salol täglich behandelt. In den hartnäckigen Fällen wird der Katheter à demeure von Pezzer eingelegt.

Über die wichtigsten wechselseitigen Beziehungen zwischen den Erkrankungen des Harn-Sexualapparates und denen anderer Organsysteme, von Albert Seelig. Zunächst erörtert Verfasser die Frage: wie wirkt die Erkrankung der Organsysteme auf den Harn-Sexualapparat? Die Erkrankungen des Respirationstraktus beeinflussen das Urogenitalsystem fast gar nicht, umgekehrt aber wirken Veränderungen des letzteren auf den ersteren in vielfacher Weise durch Reflex (Asthma, Dyspnoe), Metastase (Pleuritis exsudativa blennorrhoica), Intoxikation (Stimmbandlähmung). Von den Erkrankungen des Cirkulationsapparates wird die nach Guyon so groſse Bedeutung der Arteriosklerose für die Prostatahypertrophie, der Harndrang bei Arteriosklerose der Koronararterien erwähnt. Als Folgen von Störungen im Harn-Sexualapparat für das Herz etc. sind zu nennen: reflektorische Herzneurosen, Endocarditis blennorrhoica, Phlebitis blennorrhoica. Von bedeutenderem Einfluſs sind die Wechselbeziehungen mit den Verdauungsorganen. Darmentzündungen, Hämor-

rhoiden, Fissuren, Entozoen, Obstipation wirken auf die Urogenitalfunktionen ein. Die Infektion der Harnwege vom Darm aus ist besonders wichtig. Die Störungen der Verdauung durch Harn- und Sexualanomalien sind sehr mannigfaltiger Natur: Reflexneurosen (Sekretionsstörungen, Motilitäts- und Sensibilitätsneurosen), Infektions- resp. Intoxikationsfolgen (Harndyspepsie bei Harnfieber, „Langue urinaire"), direktes Übergreifen von Prozessen im Darm auf Harnwege und umgekehrt (Tumoren etc.). Von der Wiedergabe der vielfachen Beziehungen der Nierenleiden zu denjenigen der abführenden Harnwege sehen wir hier ab. Wenig Ausbeute geben die sogenannten Bluterkrankungen, dagegen viel die Stoffwechselerkrankungen: Gicht, Fettsucht, Diabetes. Bei der Gicht ist die Lithiasis, die Prostatitis und Urethritis urica zu erwähnen. Der Diabetes bewirkt Cystitis, Pneumaturie, Balanitis, Gangrän des Penis und des Hodens, Störungen der Potenz, Pruritus genitalis. Wenig von Bedeutung ist die Adipositas; höchstens vermag sie die Potenz zu schwächen. (Schluſs folgt.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologisches Centralblatt.

Band II, No. 1. (Oktober 1898.)

Ein weiterer Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse, von Bender. Ein 25jähriger junger Mann zeigt eine thalergroſse, haarlose Stelle links am Hinterkopfe. Nach seiner Angabe ist dieselbe entstanden, als im 10. Lebensjahre ihm Drüsen am Halse operiert wurden; die Wunde wäre etwa ein Jahr lang offen gewesen. Zeitweilig erschienen feine Wollhaare, die aber immer bald ausfielen. Ein Jahr später acquirierte der Patient Lues; der luetische Haarausfall war um den haarlosen Bezirk besonders intensiv; diese zuletzt ausgefallenen Haare kamen aber nach einer spezifischen Kur wieder. — Dieser Fall weicht von demjenigen Pontoppidans in manchen Punkten ab.

Dermatitis artificialis durch Primula obconica, Oleum Lauri und Eugallol, von Hopf. Der erste Fall betrifft einen nervösen Gärtner, der nach Beschäftigung mit Primula obconica an den Händen kleine rote zahllose Papeln mit diffuser Schwellung und Vesikelbildung erhielt. Eine Bläschenkolonie fand sich auch auf der rechten Wange. — Ein 40jähriger Mann reibt sich die Kehlkopfgegend mit ungereinigtem Oleum Lauri ein. Es entwickelt sich eine fast den ganzen Körper betreffende Dermatitis mit Rötung, Schwellung, Blasenbildung, Fieber. Heilung unter milder Salbenbehandlung. — Einem 40jährigen Kaufmann hatte Verfasser gegen Psoriasis verschrieben: Eurobin 1, Eugallol 10, Aceton ad 100. Nach einer Woche begann von den Psoriasisflecken ausgehend eine lebhafte Dermatitis mit Schüttelfrost, Fieber, starkem Jucken, die sich über die ganzen Extremitäten verbreitet. An den Psoriasisstellen kommt es zu Blasen- und Schorfbildung. Nach Abstoſsung der Schorfe bleiben oberflächliche Geschwüre zurück. Heilung in zehn Tagen. Verfasser beschuldigt das Eugallol als Ursache der Dermatitis. (Ist das Eurobin denn sicher indifferent? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Besprechungen.

Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, herausgegeben von E. von Leyden. II. Band, 1. Abteilung. (Leipzig, 1898. Georg Thieme.) Der zweite Band des Handbuches der Ernährungstherapie und Diätetik bringt die spezielle Therapie der einzelnen Leiden. Die vorliegende erste Hälfte desselben beginnt mit den Lungenkrankheiten, die von Dettweiler bearbeitet sind. Wer die vorzüglichen Erfolge der Behandlung der Phthisis pulmonum, die in Falkenstein erzielt werden, kennt, wird begreifen, dafs der Autor der richtige Mann für diesen Teil des Werkes ist, der sich eigentlich ausschliefslich mit der Lungentuberkulose beschäftigt. Diesen Leiden kann man ja auch als Paradigma für die Wichtigkeit einer guten Diätetik hinstellen, denn die Ernährungstherapie spielt bei demselben, wie auch in der Einleitung ausgeführt wird, auch heute noch trotz aller bakteriologischen Forschungen die Hauptrolle. Von rein praktischen Gesichtspunkten wird relativ kurz das Thema vom Verfasser abgehandelt. — Die Halskrankheiten stammen aus der Feder von F. Klemperer; natürlich entspricht auch dieser Abschnitt den Erwartungen. — Letztere sind natürlich besonders hoch gespannt bei der Bearbeitung der Herzkrankheiten durch Oertel, nach seinem Tode vollendet von Heinrich Bock. Die Herzdiätetik hat gerade durch Oertel einen gewaltigen, wenn auch vielleicht, was die Flüssigkeitszufuhr betrifft, etwas weitgehenden Förderer gefunden. Seine Anschauungen findet man in lobenswerter Ausführlichkeit und Klarheit hier dargelegt. — Mit den Nervenkrankheiten geht es ähnlich, wie mit der Lungentuberkulose; auch bei ihnen ist die Diätetik meistens die Hauptsache, die Diätetik der Ernährung wie diejenige der Arbeit. F. Jolly giebt eine belehrende Darstellung dieses wichtigen Gebietes. — In würdiger Weise schliefst sich die Bearbeitung der Krankheiten des Verdauungskanales an. Die Namen der Verfasser bürgen für die Gediegenheit dieses Kapitels: Franz Riegel (organische Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens), C. A. Ewald (Darmkrankheiten), J. Boas (funktionelle Erkrankungen des Magens und Darms). Die Parasiten sind von F. Mosler und E. Peiper, die Leber- und Pankreaskrankheiten von E. Stadelmann bearbeitet. Alles ausgezeichnete Darstellungen. — Die zweite Hälfte dieses Bandes, der Schlufs des Werkes, wird die für Dermatologen interessanten Kapitel bringen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Krankheiten für Studierende und Ärzte, von Martin Chotzen. Heft 11 und 12. (Hamburg, 1898. Leopold Voſs.) Das elfte Heft des sehr pünktlich erschienenen Werkes bringt folgende Abbildungen: Tafel 61. Bild 1. Stomatitis mercurialis. Bild 2. Paronychia und Onychia exulcerata. Tafel 62. Defluvium capillitii. Exanthema papulosquamosum capitis. Tafel 63. Alopecia areata. Tafel 64. Lues: Perforatio palati duri et mollis. Periostitis suppurativa ossium narium. Tafel 65. Lues: Defectus septi cartilaginei narium. Tafel 66. Lues: Periostitis ossificans narium (sehr instruktiv). — Das Schlufsheft bringt: Tafel 67. Periostitis ossificans cruris. Ein Röntgenbild der auf Tafel 66 abgebildeten Patientin, auf welchem sehr hübsch die Knochenneubildungen sich von der normalen Tibia und Fibula abheben. Tafel 68. Bild 1. Lues: Periostitis ossificans circumscripta, Caries necrotica circumscripta tibiae dextrae. Bild 2. Lues: Periostitis ossificans diffusa tibiae et fibulae dextrae. Beide Bilder geben die anatomischen Knochenbilder wieder. Tafel 69. Lues: Periostitis ossificans circumscripta frontis. Ulcera serpiginosa frontis

et capitis. Tafel 70. Bild 1. Lues: Papulae ad ligamenta glottidis vera. Bild 2. Lues: Papulae madidantes ad ligamenta glottidis vera, Exulceratio ad marginem epiglottidis. Bild 3. Lues: Exulceratio ligamenti veri glottidis in reparatione. Bild 4. Lues: Papula Iridis. Iritis. Bild 5. Lues: Irido-Cyclitis (Iridochorioiditis). Auf dem Bilde ist nur die Iritis zu erkennen; die in der Sklera gezeichneten stark überfüllten Blutgefäfse entsprechen keinem tiefgehenden Prozefs, da eine eigentliche pericorneale Injektion, die eher dafür spricht, fehlt. Bild 6. Lues hereditaria: Keratitis interstitialis diffusa. Nicht sehr charakteristisch. Tafel 71. Bild 1. Lues hereditaria: Exanthema pustulo-bullosum volae manus (Pemphigus syphiliticus). Bild 2. Lues hereditaria: Deformatio dentis. Tafel 72. Lues hereditaria: Cicatrices periorales. Ausgezeichneter Fall. Tafel 73. Bild 1. Lues hereditaria: Defectus ossium narium. Bild 2. Lues hereditaria: Defectus ossium narium.

So wäre denn dieser Atlas vollständig. Im ganzen und grofsen hat er das ihm gestellte günstige Prognostikon erfüllt. Ist auch nicht jedes Bild vollkommen, wünscht man auch manchmal etwas mehr, so reiht sich der Atlas doch den wenigen guten in würdiger Weise an und wird sich als ein gutes Hülfsmittel zur Belehrung über die Syphilis bewähren. Man kann ihm nur Verbreitung wünschen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Studien über die hereditäre Syphilis, von Carl Hochsinger. I. Teil. (Wien, 1898. Franz Deuticke.) Seit 15 Jahren ist der rühmlichst bekannte Verfasser in dem Kassowitzschen Kinder-Ambulatorium thätig. Wie sein Lehrer hat er stets der Kindersyphilis sein besonderes Interesse zugewendet, vor allem jeden Fall genau protokolliert und, wo es anging, über Jahre hinaus verfolgt. Es stehen ihm jetzt über 400 genau analysierte Fälle hereditärer Syphilis zur Verfügung. Was er an diesem schönen Materiale beobachtet und gelernt, das legt er in den mit dem vorliegenden 440 Druckseiten umfassenden Bande beginnenden Studien nieder. Diese Entstehungsweise des Buches verheifst demselben, da es auf eigenen Erfahrungen, die durch gründliche Litteraturkenntnisse bereichert sind, beruht, schon eine grofse Bedeutung und vor allem eine Originalität, wie sie wenigen Büchern eigen ist. Die gewählte Form zwangloser Studien gestattet dem Verfasser sich mit gröfster Ausführlichkeit und einer gewissen, stellenweise sogar schon zu weitschweifig werdenden Breite über alles auszusprechen, sodafs wirklich bei allen erwogenen Fragen kein irgend ins Gewicht fallendes Moment unberücksichtigt bleibt. Kurzum wir haben ein bedeutungsvolles inhaltreiches Buch vor uns, das genau durchstudiert werden will. Das Referat kann nur kurz die Grundzüge desselben wiedergeben.

Der erste Abschnitt behandelt das Collessche Gesetz und den Choc en retour bei der hereditären Syphilis. Auf der Braunschweiger Naturforscherversammlung hat Verfasser als einer der Referenten bereits seinen Standpunkt dargelegt; die dort von ihm aufgestellten Thesen sind schon an anderer Stelle in diesen Heften wiedergegeben. In einer Reihe von Kapiteln finden wir hier die denkbar ausführlichste, durch aufserordentlich interessante Krankengeschichten, welche sich zum Teil über mehrere Generationen derselben Familie erstrecken, illustrierte Begründung derselben. Hingewiesen sei nur auf den Fall von Reinfektion einer hereditär-luetischen Mutter hereditär-luetischer Kinder. — Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit der diffusen hereditär-syphilitischen Hautinfiltration der Säuglinge, ein bisher nur von Madier-Championneil eingehender bearbeitetes Thema. Diese hereditär-luetische Hautinfiltration, besonders an Handflächen und Fufssohlen lokalisiert, ist eine der charakteristischsten, frühzeitigsten, cutanen Manifestationen der hereditären Lues, ein Teilsymptom des ersten Exanthemausbruchs, sehr häufig das erste Zeichen desselben, dem später erst solitäre Efflorescenzen folgen.

Unter 341 Säuglingen zeigten 224 = 65,7% diese diffuse Infiltration, die am häufigsten die Fufssohlen (88,4%), demnächst die Hohlhände (58,3%), das Gesicht und den behaarten Kopf (47,2%), gröfsere Strecken der unteren Körperhälfte, Nates, Ober- und Unterschenkel (16,6%) betrifft. Sie wird nicht mit auf die Welt gebracht, stellt sich von der vierten Lebenswoche ab ein, erreicht den Höhepunkt im zweiten bis dritten Lebensmonate, kommt im zweiten Lebenshalbjahre sehr selten, im zweiten Lebensjahre so gut wie gar nicht mehr vor. Übergehen wir die historischen Erörterungen über dieses hereditär-luetische Symptom, das wohl vielen Autoren bekannt gewesen ist, aber nicht als ein solches von besonderem Gepräge anerkannt wurde. Nach vom Verfasser in der klinischen Darstellung niedergelegten Anschauungen hat die „diffuse, hereditär-luetische Hautinfiltration der Säuglinge" oder „diffuses, flächenhaftes Hautsyphilid der Säuglinge" mit der syphilitischen Papel nichts gemeinsam, sie geht nicht aus einer Konfluenz von Papeln hervor, sondern ist von Hause aus diffus. Sie geht nach ihm hervor entweder aus peripher wachsenden, gröfseren Erythemflecken oder aus einer diffusen Hautrötung mit sich hinzugesellender Starre der Oberhaut oder aus rasch konfluierenden, flohstichgrofsen, punktförmigen, hellroten Einzeleffloreszenzen (ein Fall), oder endlich aus konfluierenden, papulösen Efflorescenzen ohne flächenhaftes Erythem. (Also hat die Affektion doch in manchen Fällen im Beginne den Grundtypus der luetischen Papel als Initialsymptom. D. Ref.) Die letzteren Fälle lassen länger dauernde Pigmentierungen zurück. Drei klinische Formen resp. Stadien unterscheidet der Verfasser: „Infiltratio diffusa glabra sive erythematosa simplex", „Infiltratio diffusa desquamativa et lamellosa", „Infiltratio erosa". Es kann sekundär kommen zu Rhagaden, Rupia, Pemphigus lueticus, der nur auf der Basis einer Papel oder der diffusen Infiltration entstehen kann. Die Bedingungen für die Entstehung der verschiedenen Stadien werden eingehend erörtert, ebenso die Verschiedenheiten nach der Lokalisation, wobei den Affektionen der verschiedenen Körperteile gesonderte, umfangreiche Kapitel gewidmet sind. Von der Besprechung der Gesichtsaffektion sei der Abschnitt über die Lippeninfiltration als für die bekannten, charakteristischen radiären Narben besonders wichtig, hervorgehoben. Ebenso ist die Erörterung der Beziehungen der hereditären Lues zur Seborrhoe von Interesse. Diagnostisch ist die diffuse Infiltration da von gröfserer Bedeutung, wo man zwischen hereditärer Lues und per contactum erworbener Lues schwankt. Histologisch fand Verfasser eine hochgradige Erkrankung des Gefäfsbaumes, der Arteriolen und postkapillaren Venen, im ganzen Bereiche der infiltrierten Hautgebiete als Basis der Veränderung. Auf die in breitester Darstellung wiedergegebenen, durch Abbildungen erläuterten histologischen Details kann hier nicht eingegangen werden. — Der dritte Abschnitt über diffuse viscerale Manifestationen der hereditären Frühsyphilis enthält zum Teil Kapitel, die, wenn auch in verkürzter Form, an anderen Stellen publiziert und referiert sind, so: „eine neue Theorie der kongenital-syhilitischen Frühaffektionen", „über angeborene Lebersyphilis", „über syphilitisch-tuberkulöse Doppelinfektion". Der Erwähnung bedarf hier zunächst noch die Abhandlung über die regulären Typen der hereditären Frühsyphilis. Verfasser teilt sie in vier Gruppen: 1. Die vor dem achten Fötalmonate in utero abgestorbenen; sie sind fast ausnahmslos frei von Exanthemen, zeigen aber schwere diffuse Erkrankungen der Drüsenparenchyme und sehr häufig Ansätze von Osteochondritis epiphysaria. 2. Die tot oder lebend geborenen, mit luetischen Hautaffektionen behafteten ganz oder nahezu ausgetragenen Früchte; sie zeigen papulo-bullöse Syphilide der Neugeborenen, daneben gewöhnlich beginnende diffuse Entzündungsvorgänge in den Visceraldrüsen (Leber, Nieren, Lunge) und Epiphysenaffektionen. 3. Die ohne Exanthem lebend geborenen,

später an cutanen Veränderungen leidenden Früchte ohne Rücksicht auf viscerale und epiphysäre Veränderungen. 4. Die lebend geborenen, bald an visceralen und osteochondritischen Prozessen erkrankenden Früchte, die aber frei bleiben von Exanthemen. Die Gruppen 2 und 4 sind sehr selten, Gruppe 3 ist am häufigsten vertreten. Verfasser erörtert das Verhältnis der verschiedenen Gruppen zu einander und läfst sich eingehend aus über die Auffassung der Tertiärsyphilis zur Fingerschen Toxinsyphilis, die er nicht teilt. Genauer können wir auf diese Ausführungen, wie auf diejenigen über die ätiologische Einheit der kongenital-syphilitischen Formen über Lungen- und Nierensyphilis nicht eingehen. Hier wie überall sind lehrreiche Krankengeschichten eingeflochten, die dem Buche seinen hauptsächlichen Wert verleihen, so dafs es würdig der allerbesten syphilitischen Litteratur zur Seite gestellt werden kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie. I. Teil. Die Syphilis der Nase, von Anton Lieven. (Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. II. Band, Heft 10. 1898.) Wenn auch gerade die letzten Jahre eine Reihe von Bearbeitungen der Syphilis der oberen Luftwege gebracht haben, so soll uns doch auch die vorliegende willkommen sein, da die Eigenschaft des Verfassers als Badearzt in dem von Syphilitikern so viel frequentierten Aachen derselben einen spezifischen Charakter verleihen kann. Verfasser will getrennt behandeln: 1. Syphilis der Nase; 2. Syphilis der Mundrachenhöhle; 3. Syphilis des Kehlkopfs; 4. Therapie aller dieser Affektionen. Das vorliegende Heft ist nur der Syphilis der Nase gewidmet und giebt ein ganz klares, klinisches Bild derselben. Er teilt das Material in primäre, sekundäre und tertiäre Veränderungen, ohne aber dafs von *letzteren* beiden die tertiären auch immer die später erscheinenden wären. Die kurze, in der Einleitung vorausgeschickte Definition: „das sekundäre, irritative Stadium hat *im ganzen* den Charakter leicht entzündlicher Reizung, die sich auf den Schleimhäuten als Erythem präsentiert" ist unvollkommen und ungenügend. Richtig sagt Verfasser einige Seiten weiter: „die sekundäre oder irritative Periode der Lues zeigt sich auf den Schleimhäuten unter dem doppelten Bilde, nämlich 1. als Erythem, 2. als Papel." Auf die Einzelheiten kann natürlich sonst nicht eingegangen werden. Das Heft ist sehr lesenswert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Operieren oder Nichtoperieren bei Krebserkrankungen und andere zeitgemäfse, insbesondere therapeutische Fragen. Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Behandlung und Heilung der Krebserkrankungen, von Dr. Sevebin Robinski. (Berlin, 1898. Robinski & Co.) Dafs es Ärzte giebt, die die heutige therapeutische Richtung der Medizin für eine verfehlte halten, die die ganze spezifische Therapie mit ihren Toxinen und Antitoxinen verwerfen, die das Operieren von Krebskranken bekämpfen, das ist nichts Wunderbares. Dafs ein derartiger Arzt seinem Herzen einmal tüchtig Luft macht, bringt eher Nutzen als Schaden, weil wirklich manches fehlerhafte dadurch aufgedeckt wird. Dafs er das aber in einem umfangreichen Buche thut, indem er unzählige Male dasselbe immer wieder mit anderen oder auch mit denselben Worten, und zwar mit einer oft sehr zweifelhaften Stilistik, zum Ausdruck bringt, das ist wahrhaftig eine Qual für den Leser, und in erster Reihe für den Recensenten. Es ist ja manches Wahre in dem Buch und oft auch mit herzerquickender Grobheit gesagt, aber dieses Breittreten, dieses endlose Raisonnieren, dieses Übertreiben und dieses ewige Wiederholen — das ist zu viel für einen jeden. Es ist ein originelles Buch, aber die Originalität kann nur wenige Seiten fesseln, nicht 179, denn auf Seite 179 ist die erste und einzige positive Angabe betreffs

der Carcinombehandlung. Verfasser verordnet: Kalii chloric. 1,5, Kalii jodat. 0,5, Aq. destill. 200,0. Ds. 3mal tägl. ein Eßlöffel voll 1/4—1/2 Stunde nach dem Essen. — Die darauf folgenden 12 letzten Seiten des Buches sind inhaltlich gleich den ersten 179. Hoffentlich ist ein früheres Buch des Verfassers über Krebsbehandlung, auf das derselbe hinweist, reicher an positiven Angaben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Vier Fälle von extragenitalem Schanker, von Bloom. (*Med. News.* 19. März 1898.) Die Schanker hatten ihren Sitz 1. an der Oberfläche der Zunge, einen halben Zoll hinter der Spitze, 2. an der Oberlippe, 3. am linken Zeigefinger, 4. an der rechten Brustwarze. Die Art der Infektion bot nichts besonderes. *F. Hahn-Bremen.*

Schanker des Oesophagus, durch Tabak übertragen, von Bailey. (*Med. News.* 19. März 1898.) Der Patient erkrankte mit heftigen Schluckbeschwerden: bei der Untersuchung fand sich an der rechten Seite des Schlundes, neben der Epiglottis, eine ulcerierte Stelle, die Cervikaldrüsen am Kieferwinkel und vor dem Sternocleidomastoideus waren geschwollen. Es wurde eine antisyphilitische Kur eingeleitet, später traten deutliche sekundäre Symptome auf. Anamnestisch wurde ermittelt, daſs Patient von einem Kollegen ein von diesem benutztes Stück Tabak („Priemchen") in den Mund genommen und weiter gekaut hatte. Dieser Kollage war syphilitisch. *F. Hahn-Bremen.*

Über Sklerosenreste und ihre Beziehungen zu Syphilisrecidiven, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Blätter.* 1896. No. 14.) Man beobachtet oft, daſs trotz einer energischen spezifischen Kur beim Ausbruch der ersten Exantheme doch Sklerosenreste zurückbleiben. Diese Fälle führen nun nach Beobachtungen des Verfassers zu baldigen Recidiven. Einige eklatante Fälle teilt Verfasser mit, bei denen die häufigen Recidive Hand in Hand gingen mit einer Vergröſserung der Sklerosenreste. Man muſs annehmen, daſs zurückgebliebene Virusreste sich wieder vermehren und so ein Wiedererscheinen der Sklerose und weitere Recidive bewirken. Diese Fälle sprechen für die intermittierende Therapie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Excision des syphilitischen Primäraffektes, von Munn. (*Med. News.* 3. April 1897.) Ein Mann kam 12 Tage nach einem unreinen Coitus zum Verfasser mit einem indurierten, wenig secernierenden Geschwüre von etwa 1/4 Zoll Durchmesser. Verfasser beobachtete ihn zwei Tage, ohne daſs das Ulcus sich änderte, und entfernte es dann durch Circumcision. Der Mann blieb bei einjähriger, sorgfältiger Beobachtung frei von syphilitischen Symptomen. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Art und Wirkung des Syphilisgiftes und die Excision des Primäraffektes, von R. d'Aulnay-Clermont [Oise]. (*Imprimerie Daise frères.*) Zweck dieser 20 Seiten umfassenden Monographie ist, aus der Art der Syphilisinfektion Berechtigung oder Nichtberechtigung der Abtragung des Primäraffektes zu deduzieren.

Eingangs wird hervorgehoben, daſs das Syphilisgift jede Art von Kontinuitätstrennung, welche es auf oder unter der Haut trifft, induriert oder eine Sklerose dort erzeugt, also nicht bloſs den eigentlichen Primäraffekt, sondern auch die Narbe (? Referent) nach dessen Excision, ferner die benachbarten Gegenden (hartes Ödem der groſsen Schamlippen, der Vorhaut), die Drüsen, Gefäſse, die Sekundär- (Papeln) und auch Tertiäraffektionen (Gummata mit Sklerose). Die sklerosierende Wirkung ist nur verschieden je nach der Intensität des Giftes und der Widerstandsfähigkeit der Gewebe; es kann daher der Primäraffekt so klein sein, daſs er scheinbar fehlt, oder mehrfach vorhanden sein. Er tritt immer erst nach einer gewissen Inkubationszeit, im Durchschnitt von 15—20 Tagen, auf. Das syphilitische Virus folgt gewöhnlich dem Wege der Lymphgefäſse und schreitet langsam aber kontinuierlich fort; manchmal folgt es der Blutbahn und gelangt dann sehr rasch zur Generalisierung. Je mehr Lymphdrüsen auf erstgenanntem Wege passiert werden, desto mehr wird das Gift abgeschwächt, was ein weiterer Beweis dafür ist, daſs das Drüsensystem eine reinigende oder phagocytäre Rolle hat. Darum soll bei extragenitaler Infektion die Erkrankung eine viel schwerere sein. Wie nun die Autopsien bewiesen haben sollen, sind beim Auftreten des sog. Primäraffektes schon weit entfernte Drüsen ergriffen; aus diesem Grunde muſs dessen Excision, in noch so ausgedehntem Maſse vorgenommen, fruchtlos sein. Nur wenn der Primäraffekt, welcher bloſse Sklerose oder Ulceration sein kann, ein infizierender Schanker wäre, wie die Syphilidologen zu Anfang dieses Jahrhunderts behauptet haben, aber durch nichts bewiesen ist, wäre die Excision angezeigt. Die Anhänger der letzteren führen zu Gunsten ihrer Anschauung das danach oft beobachtete Fehlen von Roseola und Drüsenschwellungen an; beide können aber auch ohne Excision ausbleiben, da die Reaktion eine verschiedene je nach der Konstitution ist und bei alten Leuten z. B. die Drüsen, welche schon verhärtet oder atrophisch sind, nicht mehr hypertrophisch werden. Es müſste lange Zeit, bis zum event. Eintritt von Tertiärerscheinungen, gewartet werden, um sicher zu sein, daſs keine latente Syphilis existiert. D'Aulnay scheint sich sogar denjenigen hartnäckigen Gegnern der Excision anzuschlieſsen, für welche das Ausbleiben von Sekundär- und Tertiärerscheinungen noch immer nicht beweisend ist; das Vorhandensein einer unendlich langen „Latenz" ist allerdings ein recht bequemes Auskunftsmittel. Die Excision eines Primäraffektes wäre also nur zu billigen, wenn damit die Ursache weiterer Ansteckung gründlich entfernt oder die syphilitische Infektion gemildert werden könnte. Mit dem Schluſssatze der Arbeit, daſs dies nur eine Hypothese, wenn auch eine wahrscheinliche sei, können die Anhänger der Excision immerhin noch zufrieden sein.

Stern-München.

Über die Eingangsstellen des venerischen Kontagiums in der Haut, von J. K. Proksch in Wien. (*Ärztl. Centralanz.*, Wien. 1897. No. 31.) In dieser „litteratur-historischen Skizze" entwirft P. einen kurzen Überblick über die geschichtliche Entwickelung und den Gang der Syphilis, welche bekanntlich Ende des fünfzehnten Jahrhunderts als selbständige und ansteckende Krankheit allgemeiner bekannt wurde. Lange wurde als feststehend angesehen, daſs die unversehrte Epidermis eine Schutzwehr gegen das Schankergift bilde, wie Zeissl noch im Jahre 1882 in seinem Buche über Syphilis hervorhebt. Is. Neumann läſst auch die Mündungen der Talg- und Schweiſsdrüsen als Eingangspforten für das syphilitische Gift gelten und diesem Satze, der allerdings im Gegensatze zu anderen Äuſserungen von N. steht, tritt Proksch in beinahe persönlich werdenden, scharfen Worten entgegen. Bezüglich des Gonococcus steht fest, daſs das Epithel keine Schutzdecke gegen dessen Eindringen abgiebt; was aber die übrigen venerischen Kontagien betrifft, so kommt P. zu dem Schlusse, daſs nach genauer Erwägung aller bezüglichen bis jetzt ausgeführten Experimente man an

die Schutzkraft der unversehrten Epidermis glauben muſs, wofür ja die Ärzte aller Zeiten mit ihren Händen selbst die besten Beweise geliefert haben. Immerhin wäre es Aufgabe der Prophylaxe, nach einem Mittel zu suchen, wodurch wir an uns und unseren Kranken immer rasch die völlige Integrität der Epidermis konstatieren könnten.

Stern-München.

Ein neuer Beitrag zur Syphilisätiologie, von VAN NIESSEN. (*Centralbl. f. Bakt.* 1898. No. 2.) Mit bewundernswerter Energie verfolgt Verfasser seinen Syphiliserreger, den Streptobacillus, weiter, dem die meisten Forscher allerdings noch immer ihre Anerkennung versagen. Er selbst läſst auch schon die Möglichkeit zu, daſs neben seinem Bacillus noch andere Erreger bei der Syphilis mitspielen. Mit groſser Ausführlichkeit schildert er seine Befunde, die er im Blute Syphilitischer erhoben, seine Kultur- und zuletzt seine Impfversuche. Die Blutbefunde hält er für so charakteristisch, daſs man aus ihnen die Diagnose auf Syphilis stellen kann, ebenso wie aus dem Gonokokkennachweis die Blennorrhoe erkannt wird. Durch eine Reihe von Illustrationen sucht er seine Untersuchungsresultate zu erläutern. Als hauptsächlichste Schlüsse stellt Verfasser folgende hin: In gummösem Gewebe und im Lumen einer thrombosierten Gehirnarterie bei einem Falle hereditärer Lues fand er mit dem GRAMschen Verfahren eine charakteristische Streptobacillenart. Dieselben gewann er aus dem Blute in vivo bei zwei Fällen tertiärer Folgezustände syphilitischer Infektion und züchtete sie in Reinkultur. In dem einen Falle war der Bacillus auch im Harne vorhanden. — Die Syphilis, ob kongenital, extragenital oder hereditär, ist eine chronische Infektionskrankheit des Blutes und wird von diesem resp. vom Lymphstrom den anderen Geweben zugeführt, nachdem das ihr zu Grunde liegende Kontagium von aufsen mittelst des Lymphgefäſssystems zu der Blutbahn gelangt ist. — Das Syphiliskontagium ist in jedem Fall von Syphilis und in jedem Stadium der Krankheit von dem Moment des Übertritts in das Blut in diesem mikroskopisch durch Färbung und Züchtung nachzuweisen. In vielen Fällen gelingt es, dasselbe auch im Harn aufzufinden. Es ist anzunehmen, daſs auch Milch, Samen, Speichel, Schweiſs, Exkremente den Erreger enthalten können. — Der Erreger der Syphilis ist eine pleomorphe Bacillenart, die den höher organisierten Fadenpilzen verwandtschaftlich nahe steht. Der Nachweis des Syphiliserregers im Blute ist ein absolut sicheres Kriterium für das Vorliegen der Syphilis und deshalb von hohem diagnostischen, in fraglichen Fällen von differential-diagnostischem Wert. — Die Syphilis ist in allen Stadien vererbungsfähig und übertragbar. Solches gilt auch für Kaninchen, die experimentell mit Syphilis infiziert sind. — Die Syphilis ist mit den bisher verwendeten Mitteln absolut unheilbar. Relative Heilungen bedeuten nur ein Latenzstadium der Krankheit. Es ist daher ein Postulat der ärztlichen Kunst, ein wirkliches Heilmittel herzustellen. Die hierzu erforderlichen Vorkehrungen zu treffen und Mittel aufzubringen, liegt im Interesse der Selbsterhaltung des einzelnen, wie der menschlichen Gesellschaft. — Ein hochherziger Patient hat dem Verfasser 10000 Mark für seine weiteren Arbeiten über den Syphiliserreger zur Verfügung gestellt. Hoffen wir, daſs diese Summe dem Verfasser dazu verhelfen wird, Resultate zu finden, die der Skepsis Stand zu halten vermögen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilis bei verheirateten Frauen, von J. A. SHAW-MACKENZIE. (*Lancet* 5. Dez. 1896.) Aus einer Reihe von eigenen und fremden Beobachtungen, welche er auszugsweise mitteilt, kommt Verfasser zu der Schluſsfolgerung, daſs die Immunität der Mütter von hereditär-syphilitischen Kindern keine so vollkommene sei, wie im allgemeinen behauptet wird. Wenn auch in vielen Fällen Immunität nachzuweisen ist und das COLLESsche Gesetz, namentlich was die Ungefährlichkeit des Stillens be-

trifft, wohl Gültigkeit beanspruchen darf, so ist es doch für die Mehrzahl wahrscheinlich, dafs eine vielleicht modifizierte Infektion der Mutter stattgefunden hat. Es ist auch anzunehmen, dafs der Zustand des Uterus (Subinvolution) eine wichtige Rolle hierbei spielt und eventuell eine vollständige Immunität bedingt. Übrigens werden diese Patientinnen durch ihre Beschwerden viel häufiger zum Gynäkologen als zum Dermatologen hingeführt. *Philippi-Remscheid.*

Syphilis und Schwangerschaft, von Murray. (*Med. News.* 19. Juni 1897.) Verfasser schildert zunächst die verderblichen Folgen der Syphilis für das Leben des Kindes, da die meisten Schwangerschaften nicht zum normalen Ende kommen. Sodann wird die Schwierigkeit der Diagnose besprochen, wenn bei öfters eingetretenem Abort der Vater leugnet; der Einfluſs der Syphilis auf die Placenta zeigt sich nur, wenn die Mutter vor oder bald nach Beginn der Schwangerschaft infiziert wurde; tritt dies erst in späteren Monaten ein, so bleibt sie frei. Kurz werden dann die syphilitischen Erscheinungen am Foetus in ihrer Mannigfaltigkeit gestreift. Im allgemeinen übt die Schwangerschaft nach Verfasser einen mildernden Einfluſs auf die Syphilis, wenigstens auf die sekundären Symptome aus. Die Diagnose ist bei einer schwangeren Frau daher häufig nicht ganz leicht. Verfasser plädiert für eine energische Merkurialbehandlung, doch soll man bei dem hydrämischen und anämischen Zustand der Schwangeren nicht vergessen, nebenbei zu tonisieren durch Eisen, Arsen, Lebertran etc. Nach der Geburt muſs die Mutter weiter behandelt werden; wird das Kind von ihr gestillt, so bekommt es mit der Muttermilch genug Quecksilber; später muſs es selbst behandelt werden. Nach Geburten Syphilitischer involviert sich häufig der Uterus nicht genügend, dann muſs er ausgekratzt und ausgeätzt werden.

F. Hahn-Bremen.

Über das Collessche Gesetz und den Choc en retour bei der hereditären Syphilis, von Carl Hochsinger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 43.) Im ersten Teil des vorliegenden auf der Naturforscherversammlung zu Braunschweig vorgetragenen inhaltreichen Referates stellt H. zunächst als allgemein anerkannte Fundamentalsätze fest: 1. Die Syphilis ist auf germinativem Wege, durch die Keimzellen, von der Ascendenz auf die Descendenz übertragbar. Die germinative Infektion ist der fast ausschlieſslich in Frage kommende hereditäre Übertragungsmodus. 2. Eine intrauterine Infektion der Frucht, welche von gesunden Keimzellen stammt, auf placentarem Wege (postkonceptionelle Syphilis) ist unter bestimmten Bedingungen möglich, aber relativ selten. 3. Ein a patre syphilitisches Kind verleiht seiner Mutter, wenn sie einer Kontaktinfektion seitens des Zeugers entgangen ist, vermöge der intrauterinen Verbindung während der Gravidität einen hohen Grad von Unempfänglichkeit gegen syphilitische Infektion (Colles-Beaumèssches Gesetz). — Die Differenzen unter den Autoren beziehen sich auf die ursächlichen Verhältnisse der vom Fötus her bezogenen mütterlichen Syphilisimmunität. Die Frage des Choc en retour, der Retroinfektion der konceptionell gesunden Mutter seitens des spermatisch infizierten Fötus spielt die Hauptrolle. — Verfasser führt nun einleitend aus, dafs man nicht vom bakteriologischen Standpunkte und nach Analogie anderer Infektionskrankheiten auf die Verhältnisse bei der Syphilis schlieſsen darf, da diese eine ganz eigenartige Stellung unter den Infektionskrankheiten einnimmt. Aus den Untersuchungen über hereditäre Infektion geht mit Sicherheit hervor, dafs eine germinative Infektion nur für die Syphilis bewiesen ist, eine placentare Infektion nur bei vorhandenen Läsionen des Epithels der fötalen Zotten oder groben anatomischen Veränderungen in der Placenta statthaben kann. Es giebt keine Infektionskrankheit, bei welcher der spermatisch infizierte Fötus auf die gesunde Mutter eine Rückwirkung

ausübt. — Für die weiteren Betrachtungen kann bei der völligen Unkenntnis der Syphilisparasiten nur die klinische Beobachtung ins Gewicht fallen. — Zwei differente Anschauungen stehen sich bei der Erörterung des Collesschen Gesetzes gegenüber: 1. Die Lehre, dafs jede Mutter, selbst wenn sie vom syphilitischen Zeuger nicht per contactum angesteckt wird, dennoch stets vom spermatisch infizierten Fötus retroinfiziert wird. 2. Die Lehre, dafs die Collessche Immunität durchaus nicht einer syphilitischen Infektion derselben gleichkommt, die Mütter syphilisimmun, aber nicht syphilitisch sind. Hier kommt dann noch hinzu die Lehre vom Tertiarismus d'emblée solcher Mütter als Folge einer chronischen Intoxikation mit den Stoffwechselprodukten des im kindlichen Organismus wirksam gewesenen Syphilisparasiten, nicht als Ausdruck einer wahren syphilitischen Infektion. — Nach dieser Übersicht berichtet Verfasser über die im öffentlichen Kinderinstitute zu Wien gemachten Beobachtungen. Unter 358 Fällen hereditärer Frühsyphilis mit 218 Müttern befinden sich 72 mit rein väterlicher Vererbung und 26, bei denen die Mütter vor oder bei der Konception syphilitisch infiziert wurden. Die Tabelle über die 72 Mütter, welche für die vorliegende Frage von Bedeutung sind, ergiebt nun bei einer Beobachtungsdauer von über sechs Jahren, dafs keine dieser Mütter von ihren syphilitischen Kindern infiziert wurde, dafs keine derselben während der Beobachtungsdauer par choc en retour oder in Form eines Tertiarismus d'emblée erkrankte. Verfasser leugnet deshalb die konceptionelle Syphilis Fourniers und den Tertiarisme d'emblée, und bemüht sich dann, auch theoretisch seine Ansicht zu beweisen. Er kommt dabei auch auf die Frage der Infektion der gesunden Frau durch das Sperma eines Syphilitischen, die er in Abrede stellt. Er nimmt an, dafs die Samenzelle den Infektionsstoff, welcher späterhin zur Entstehung eines syphilitischen Kindes Veranlassung giebt, in einem Ruhestande enthält, welcher erst nach erfolgter Befruchtung zu irgend einer Zeit der intrauterinen Lebensperiode oder gar erst nach der Geburt aufgehoben wird, ähnlich wie es v. Düring auffafst. — Das dem Eichen auf spermatischem Wege übermittelte Kontagium kann in den ersten Wochen seiner Entwickelung nicht aktiv gewesen sein; ein solch virulentes Virus würde das Eichen zum Absterben bringen, während die Frucht sich doch sogar bis zur vollen Reife ohne Syphilissymptome entwickeln kann. Aufserdem ist das befruchtete Ei ganz durch die Keimblase abgeschlossen; erst später kommt es zur innigen texturellen Verbindung zwischen dem Chorium fundosum und der Decidua serotina. Fourniers und v. Dürings Anschauungen in dieser Richtung sind durchaus falsche. Ein Choc en retour könnte höchstens von einer Frucht ausgehen, welche in hochgradig erkranktem Zustande, vor allem mit schwerer visceraler Syphilis aus dem Fruchtwasser ausgestofsen wird. Es wird überhaupt nicht möglich sein, den Beweis für den Choc en retour in einem Falle zu führen, da immer die Möglichkeit vorliegt, dafs die Mutter vom Manne auf gewöhnlichem Wege infiziert worden ist, wobei die primäre Läsion unerkennbar blieb. — Bei Kindern mit acquirierter Lues ist wie bei der Fournierschen Syphilis secondaire par conception das Auftreten papulöser Syphilide ohne Primärinduration beinahe die Regel. Unter 34 Fällen wurde eine solche nur vier Mal gefunden. Regionäre indolente Drüsenanschwellungen kommen auch bei papulösen Efflorescenzen vor; sie berechtigen nicht, letztere als Primäraffekte hinzustellen. — Die papulöse Syphilis einer Gravida als konceptionelle hinzustellen, weil ihr Gatte latent syphilitisch ist, geht nicht an. — Die einzige Rückwirkung der spermatisch infizierten Frucht auf die Mutter besteht in einer Immunisierung derselben, die unempfänglich ist für Lues, ihr luetisches Kind ohne Folgen säugen kann trotz der häufigen diffusen, rhagadiformen Erkrankung ihrer Mundlippen. Von 72 Frauen, die ihr luetisches Kind selbst stillten, ist keine infiziert. Die Immunisierung erfolgt durch den Übertritt gelöster, immunisierender Substanzen. Grad und

Dauer der Collesschen Immunität ist variabel, entsprechend der Menge der aufgenommenen Toxine und der Dauer ihrer Einwirkung auf den mütterlichen Organismus. Dadurch erklären sich auch die Ausnahmen, welche die Regel nur bestätigen. Die Chance, syphilisimmun zu werden, wächst für die Mutter mit jeder Gravidität. In der Litteratur sind 20 Ausnahmefälle bekannt, davon betreffen 16 Mütter, die nur eine Gravidität durchgemacht; von den übrigen 4 fallen auch nur 3 ins Gewicht. — Dasselbe Immunitätsgesetz gilt umgekehrt auch für die syphilisfreien Kinder syphilitischer Mütter. — Aus den weiteren Ausführungen sei hier nur kurz eine Familiengeschichte rekapituliert: Einer Ehe entsprossen zuerst drei gesunde, dann, da der Vater sich mittlerweile infiziert, zwei hereditär-luetische Kinder. Die Mutter gebärt dann in einer zweiten Ehe weitere zwei hereditär-luetische Kinder. Das erste luetische Kind, ein Mädchen, wächst heran, hat, 11 Jahre alt, zweifellose luetische Symptome, wird dann aber ganz gesund. Nun heiratet sie, bekommt zwei luetische Kinder. Nach der Geburt des zweiten Kindes zeigt die Mutter Plaques im Munde und Condylomata lata am Genitale; die hereditär-luetische Frau war also reinfiziert, trotzdem sie auch hereditär-luetische Kinder geboren. — Die Schlufssätze dieser sehr umfangreichen Arbeit lauten: 1. Gesunde Frauen, welche von syphilitischen Männern geschwängert wurden, können syphilitische Kinder zur Welt bringen, dabei aber zeitlebens frei von Syphilis bleiben. 2. Frauen, welche mit a patre syphilitischen Früchten schwanger gingen, selbst aber einer Kontaktinfektion seitens des Erzeugers entgangen sind, gewinnen durch die Gravidität mit solchen Früchten einen geiwssen, allerdings sehr variablen Grad von Immunität gegen Syphilis, welcher die Grundlage für die Aufstellung des sog. Collesschen Gesetzes geliefert hat. 3. Die Collessche Immunität der Mütter ist die Folge des Übertritts immunisierender Substanzen vom spermatisch infizierten Fötus auf die gesunde Mutter und darum keine absolute. 4. Die Ausnahmen von der Collesschen Regel betreffen Frauen, welchen aus nicht immer klar zu übersehenden Gründen eine nur ungenügende Menge von Immunstoffen während der Gravidität einverleibt wurde, oder bei welchen die zum Zustandekommen der Immunität mit notwendige biologische Gewebsthätigkeit ausgeblieben ist. 5. Eine Retroinfektion der Mutter seitens eines spermatisch infizierten Fötus, der sog. Choc en retour, ist, in welcher Form immer er auch angenommen wurde (Syphilis par conception, Tertiarisme d'emblée) klinisch unbewiesen und unbeweisbar, des weiteren aber auch theoretisch schwer zu begründen. 6. Die Fingersche Hypothese von der Toxinnatur der Tertiärsyphilis und des kryptogenetischen Tertiarismus der Mütter ist unvereinbar mit den Grundlagen der Collesschen Immunität und steht im Widerspruch mit der pathologischen Anatomie und Klinik der kongenitalen Frühsyphilis. 7. Hereditär-luetische Kinder syphilisfreier Erstentbundener sollen, wenn nur halbwegs genügende Garantien für ihre Erhaltung bei künstlicher Ernährung vorliegen, nicht von den eigenen Müttern gestillt, sondern künstlich ernährt werden; handelt es sich um spermatisch infizierte Früchte Mehrentbundener, dann kann man getrost zur Ernährung mit der Mutterbrust schreiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Ausnahmen vom Collesschen Gesetz, von G. Ogilvie. (*Medico-chirurg. Transact.* Vol. 79.) Verfasser berichtet ausführlich über die von Ranke und Merz veröffentlichten zwei Fälle, in denen entgegen dem Collesschen Gesetz ein kongenital syphilitisches Kind seine gesunde Mutter beim Stillungsvorgang luetisch infizierte. Im ganzen sind bisher nur etwa 20 derartige Fälle beschrieben worden, und Männer von grofser Erfahrung (z. B. Henoch) geben zu, dafs sie niemals eine derartige Ausnahme zu beobachten Gelegenheit gehabt haben. Es wäre wünschenswert, diese Fälle in möglichst grofser Anzahl zu sammeln und zu veröffentlichen.

Philippi-Remscheid.

Ist Colles der Urheber des nach ihm benannten Gesetzes oder nicht? von George Ogilvie. Zu dieser historischen Untersuchung des Anrechts von Colles auf das bekannte Gesetz sah sich O. veranlafst durch den Umstand, dafs aufser Behrend (1881) auch Fournier, Kaposi und Zeissl in ihren letzten Werken die Autorschaft desselben Diday resp. Baumès zuschreiben. Er führt aus, dafs die Collessche Veröffentlichung 1837, drei Jahre vor Baumès' Werk erschien und an drei Stellen die Grundgedanken des Gesetzes ziemlich vollständig ausgedrückt enthält, während aufserdem noch bestimmte Beispiele angeführt werden von hereditär-syphilitischen Kindern, welche von ihren anscheinend völlig gesunden Müttern gestillt wurden, ohne dafs letztere eine Infektion an den Brüsten acquirierten. Auch hat Diday selbst durch Publikationen bei zwei Gelegenheiten dagegen Einspruch erhoben, sich als den Entdecker zu betrachten, obzwar er durch Besprechung und präcise Fassung der Beobachtungen viel zu deren allgemeiner Anerkennung (1854) beigetragen hat. *Philippi-Remscheid.*

Darf der Arzt einen Fall von Syphilis bei Gefahr der Verbreitung dieser Krankheit der Behörde anzeigen, ohne sich nach § 300 des Reichstrafgesetzbuches strafbar zu machen? von Siegmund Auerbach. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 6.) Der § 300 bestraft die unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen, die dem Arzt kraft des Gewerbes anvertraut sind. Es fragt sich nun, ob man die luetische Erkrankung von Gastwirtsleuten zur Anzeige bringen darf. Verfasser bejaht dieses für Preufsen, soweit das Regulativ von 1835 Geltung hat, dessen § 65 die Anzeige syphilitischer Personen direkt zur Pflicht macht, wenn von der Verschweigung nachteilige Folgen für den Kranken oder das Gemeinwesen zu befürchten sind. Diesem Paragraphen des Regulativs zu folgen ist man trotz des § 300 des Reichstrafgesetzbuches verpflicht laut § 327, der die wissentliche Verletzung von Aufsichtsmafsregeln, welche von den Behörden zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten getroffen sind, mit Gefängnisstrafe belegt. — In den neuen preufsischen Provinzen und in Frankfurt a. M. gilt das Regulativ aber nicht. Wie hat man sich hier zu verhalten? Rechtsanwalt Liebmann hat in einer Broschüre ausgeführt, dafs die Anzeige dennoch keine unbefugte Offenbarung wäre, wo höhere Rücksichten auf das allgemeine Wohl obwalten. — Diese Anschauung wird aber vielfach bestritten. Verfasser meint aber, dafs in jedem Falle die Bestrafung eine äufserst geringe wäre. Er rät folgendermafsen vorzugehen: In erster Reihe die Gastwirtsleute warnen und zur Befolgung der nötigen Vorsichtsmafsregeln ermahnen. Wo dem nicht Folge geleistet wird (Wie soll das der Arzt kontrollieren? Soll er sich als Stammgast in der Gastwirtschaft häuslich niederlassen? D. Ref.), da wende man sich an den Staatsanwalt und vergewissere sich, dafs derselbe keine Anklage erheben würde, bevor man den Namen nennt. Verfasser selbst würde auf alle Fälle Anzeige machen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkenswerte Krankengeschichte eines Syphilitischen, von Williams. (*Lancet.* 12. Juni 1897.) Verfasser sah eine 42jährige Frau, welche, seit 21 Jahren verheiratet, im ersten Jahre ihrer Ehe von ihrem Manne mit Syphilis infiziert worden war. Sie war einundzwanzig Mal schwanger gewesen, von diesen sämtlichen Schwangerschaften resultieren vier lebende und anscheinend gesunde Kinder, die aber alle deutliche Stigmata ererbter Syphilis tragen. Die Mutter hat keine Rückfälle nach der ersten zehn Monate dauernden Behandlung gehabt und ist auch frei von tertiären Symptomen. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis und Wundheilung, von Örbäk-Kopenhagen. (*Hospitals-Tidende.* 1897. No. 52.) Verfasser teilt zwei Krankengeschichten aus dem Krankenhause des St. Jo-

hannes-Stift (Oberarzt Grünfeld) mit. Die erste betrifft eine spontan entstandene und unter antisyphilitischer Behandlung geheilte Femurfraktur, wahrscheinlich eine Folge eines ossösen Gummiknotens, neben anderen tertiären syphilitischen Symptomen bei einem 35jährigen Manne. Bei dem zweiten Kranken mit verbreiteten tertiär syphilitischen Ulcerationen, welche nur teilweise unter Jodkaliumbehandlung heilten, gab Transplantation ad modum Thiersch ein sehr mangelhaftes Resultat. Die Wunden von der Transplantationsstelle selbst dagegen heilten reaktionslos.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Die Behandlung der Schmerzen im Verlaufe der syphilitischen Erkrankungen, von Güntz. (*Ärztl. Centralanz.* 1898. No. 4/5.) Der Verfasser, der sich in der Syphilidologie entschieden ein Verdienst erworben hat durch genaue Beschreibung des Eruptionsstadiums, insbesondere durch die thermometrische Bestimmung des Eruptionsfiebers, behandelt in der vorliegenden Arbeit die von ihm geübte Therapie der Syphilis, durch die er nicht nur die nach seinen Erfahrungen aufserordentlich häufigen und überaus heftigen Schmerzen schnell beseitigen, sondern auch die Syphilis überhaupt rasch und gründlich heilen will. Wenn er dabei gegen das immer noch nicht ganz ausgerottete Übermafs in der Quecksilberbehandlung zu Felde zieht, kann man ihm wohl beistimmen; wenn er die Gefahren der Quecksilberbehandlung überhaupt und besonders beim Bestehen anderer Krankheiten gar eindringlich schildert, so mufs man diese Schilderung, wenn auch nicht in allen Punkten als unrichtig, so doch vielfach als stark übertrieben bezeichnen; wenn er aber die von ihm ausgeübte Behandlung mit Chromwasser als die weitaus erfolgreichste und schonendste Behandlung der Syphilis hinstellt, wenn er durch Chromwasserkuren unter 85 Fällen von Initialsklerosen 51 mal abortive Heilung erzielt haben will, so dafs bei diesen Fällen niemals Allgemeinerscheinungen der Syphilis auftraten, so wird er mit diesen Behauptungen verdientermafsen wenig Glauben finden. *Götz-München.*

Die verkannten Formen der Syphilis, von A. Fournier. (*Le Monde méd.* 1898. Heft 4.) Fournier weist darauf hin, dafs viele Luetische thatsächlich nicht wissen, dafs sie luetisch sind; besonders oft ist dies bei Frauen der Fall. Dies rührt 1. davon her, dafs Syphilis in 8—10% der Fälle extragenital erworben wird, dafs 2. syphilitische Erscheinungen oft verkannt werden oder unbemerkt bleiben, dafs 3. die sekundären Erscheinungen oft anscheinend harmloser Natur sind, 4. dafs der Frau die Natur des Leidens stets verheimlicht wird. Daraus ergiebt sich, dafs manche Fälle nicht oder nicht richtig behandelt werden und infolgedessen schwere Folgen nach sich ziehen, andererseits dafs bei tertiären Erscheinungen die Stellung der Diagnose oft sehr schwierig ist. In manchen Fällen mufs eine antiluetische Behandlung eingeleitet werden trotz des Leugnens des Patienten und trotz der Abwesenheit der klassischen Symptome. *Götz-München.*

Über ein neues, zuverlässiges Verfahren zur Isolierung des Syphiliskontagiums. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 15.) In einer vorläufigen Mitteilung empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren für Züchtungsversuche zur Ergründung des Syphiliserregers: Man entnimmt frischen, hereditär-luetischen Kindesleichen einige Röhrenknochen oder Rippen mit den Epiphysen, spaltet nach Entfernung der Weichteile und Abwaschen in Sublimat, kratzt Mark- und Knorpelteile an der Epiphysenlinie aus und bringt das entnommene in Reagensgläser mit steriler Bouillon. Nach 24stündigem Aufenthalt im Brütschrank findet man den Streptococcus oder Streptobacillus der Syphilis, den man dann weiter züchten kann. Es ist derselbe Erreger, wie Verfasser ihn aus dem Blute bei Dementia paralytica und Tabes dorsalis ge-

wonnen. Er soll einer der Syphiliserreger sein. — Weitere Mitteilungen sollen folgen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilitische Kasuistik von JOHNSTON-New-York. (*Med. News.* 5. März 1898.) **Syphilis vegetans.** Verfasser beschreibt einen Fall von Syphilis vegetans bei einer Patientin von 59 Jahren. Dieselbe wies syphilitische Geschwüre an beiden Schenkeln auf, ferner eine blumenkohlartig wuchernde Efflorescenz auf dem rechten Fufsrücken. Heilung aller Erscheinungen unter Jodmedikation in grofsen Dosen und Emplastrum cinereum lokal. — Lues vegetans wird gewöhnlich als Produkt einer Mischinfektion betrachtet, gegen welche die antisyphilitische Behandlung oft unwirksam bleibt, wie gegen andere „Parasyphilide", z. B. Syphilis pigmentosa und Paresen. Meist müssen chirurgische Eingriffe der Merkur- oder Jodtherapie zu Hülfe kommen. — — **Paronychie und Onychie.** Beide weisen 3 Formen auf. Die Paronychie zeigt 1. eine trockene, 2. eine entzündliche, 3. eine geschwürige Varietät. Erstere beiden treten zeitig im Verlauf der Krankheit auf, letztere am Ende des zweiten Jahres. Von der ulcerösen Form berichtet Verfasser einen Fall, der bei innerlichem Jodkaliumgebrauch und Einpudern mit Nosophen, später bei Lokalbehandlung mit Merkurpflaster zur Heilung gelangte. — Die syphilitische Onychie zeigt 1. eine Form, bei der der Nagel geborsten und zersprungen ist, FOURNIERS Onyxis craquelé, 2. eine Form mit totalem Ausfall des Nagels und 3. eine Onychia hypertrophica. Die Prognosis ebenfalls günstig. Lokalbehandlung bei konstitutioneller Behandlung überflüssig. — — **Syphilitische Parese.** In seinem Buch *„Les affections parasyphilitiques"* betont FOURNIER, dafs bei 60—80% aller Lähmungen die Lues ein ätiologisches Moment bilde. In dem von JOHNSTON beschriebenen Fall handelt es sich um umfangreiche Lähmungserscheinungen bei einem 35jährigen Manne, dessen syphilitische Infektion 10 Jahre zurückliegt. Er genofs damals eine gute antisyphilitische Behandlung, ungefähr 1 Jahr lang. Trotzdem jetzt diese ausgesprochenen Paraplegien. Lähmung der Zehen und Finger. Incontinentia urinae. ROMBERGsches Phänomen besteht Kniereflex erhöht, Fufsclonus auslösbar. Pupillenreaktion auf einem Auge aufgehoben. Schwache skandierende Sprache wie bei allgemeiner Paralyse. Verfasser giebt dem Patienten Jodkalium und Belladonnatinctur, ohne Hoffnung auf dauernden Erfolg. *Hopf-Dresden.*

Manifestationen von Syphilis in den oberen Luftwegen mit Bezug auf eine Sklerose des Septum naris, von KENEFICK-New York. (*Med. News.* 26. Febr. 1898) Mit dem kühnen Ausspruch Professor OSLERS in Baltimore, dafs man eine Krankheit vollständig kennen müsse, die Syphilis und dann die innere Medizin beherrsche, leitet Verfasser seine Abhandlung ein. Er will damit nur sagen, dafs wir syphilitischen Prozessen überall und immer begegnen. Auch die Lokalisation in Nase und Hals ist nicht selten. Die Diagnose ist nicht schwer. Das Schniefer hereditär luetischer Kinder ist sehr charakteristisch, obwohl weit entfernt, pathognomonisch zu sein. Fremdkörper oder diphtheritische Membranen erzeugen ähnliche Symptome. Primäre Nasenlues ist sehr selten. Bis 1894 waren 37 Fälle davon bekannt; sie machten 3—4% aller extragenitalen Affektionen aus. Der Sitz ist fast immer das Septum, die Übertragung geschieht durch den Finger. Im Gegensatz dazu sitzen die ebenfalls in der Nase vorkommenden Schleimhautplaques selten an der Scheidewand. Schwerer ist die Differentialdiagnose zwischen sekundären und tertiären Prozessen. Die sekundäre Periode ist durch Erytheme der Schleimhaut charakterisiert. Als zeitigster Termin für gummöse Lues wird der sechste Krankheitsmonat angesehen. Sie befällt Knorpel und Knochen des Septum, führt zur Sequesterbildung und hat Atrophien und Deformitäten zur Folge. — Die Diagnose der Nasenlues sollte aus

Anamnese, mikroskopischem Befund des Neubildungsgewebes und ex juvantibus gestellt und gesichert werden. Granulomata syphilitica sind schon wiederholt dem Messer des Chirurgen verfallen, um nach kurzem zu recidivieren. — Im Nasenrachenraum ist hereditäre Syphilis mit Narbenstenosen oft zu beobachten; an primäre Lues hierselbst scheint Verfasser trotz des berühmten Fournierschen Eustachischen Katheters nicht zu glauben. Häufiger sind Primäraffekte an Zunge, Lippen, Mundhöhle. Sekundäre Pharyngitiden sind sehr häufig, ebenso Gummata im Gaumen. Im Kehlkopf selbst kommen alle Formen der sekundären und tertiären Perioden vor, vom einfachen Katarrh und diffusen Infiltrationen bis zu Geschwüren, Gummaten, Narben und Lähmungen. Merkur und Jod sind auch bei der Syphilis der Nase und Luftwege die autokratischen Medikamente, auch dienen sie hervorragend zur Sicherung der Diagnose in zweifelhaften Fällen. *Hopf-Dresden.*

Syphilitische Larynxerkrankung, von Knight. (*Med. News.* 5. Juni 1897.) Der Patient erkrankte mit Husten, Nachtschweifsen, Gewichtsverlust. Im Larynx Hyperämie und links am Rande der Epiglottis ein oberflächliches Geschwür; keine Tuberkelbacillen. Einen Monat später Verschlimmerung: zahlreiche Tuberkelbacillen im Sputum. Besserung im milden Klima Südkaliforniens, doch Verschlimmerung des Larynxgeschwürs, so dafs die dortigen Ärzte die Sache als syphilitisch ansahen, zumal Patient vor vier Jahren ein Ulcus gehabt hatte, und Traitement mixte einleiteten. Rasche und vollständige Heilung, auch der Tuberkulose. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis des Magens, von Dieulafoy. (*Le Bull. méd.* 1898. No. 40.) Verfasser beschreibt einen Fall, welcher ganz unter dem Symptomenbilde des Ulcus ventriculi verlief und den bei dieser Affektion üblichen therapeutischen Mafsnahmen hartnäckig trotzte. Auf das Bekenntnis des Patienten, dafs derselbe bereits antiluetisch behandelt worden war, erhielt er Injektionen von Quecksilberjodid. Nach sechs solcher Injektionen hatten die Schmerzen bedeutend abgenommen und nach 44 weiteren konnte der Patient als geheilt betrachtet werden. Die syphilitischen Läsionen des Magens treten unter verschiedenen Formen auf: als hämorrhagische Erosionen, Ecchymosen der Schleimhaut, gummöse Infiltration der Submucosa, gummöse Plaques, umschriebene Gummata, gummöse Geschwüre und daraus resultierende Narben. Zur Wirkung des ulcerösen Prozesses gesellt sich dann unter diesen Umständen, wie überhaupt in allen Fällen, wo es zu einer Kontinuitätstrennung in der Magenschleimhaut gekommen, diejenige des Magensaftes. Die Symptome des spezifischen Magengeschwürs sind ganz dieselben wie beim Ulcus simplex ventriculi, so dafs die syphilitische Natur der Affektion nur aus dem gleichzeitigen Bestehen oder dem Vorausgegangensein anderer luetischer Symptome diagnostiziert werden kann. *C. Müller-Genf.*

Eine neue Modifikation der operativen Behandlung syphilitischer Mastdarmstrikturen, von N. A. Sokoloff. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 24.) Die von Sonnenburg vorgeschlagene Behandlungsmethode hochsitzender Mastdarmstrikturen (Einschneiden von aufsen nach innen unter gleichzeitiger Wegnahme von Teilen des Steifs- und Kreuzbeins mit Erhaltung des Sphinkter) hat Verfasser, um das weite Klaffen der durchschnittenen Striktur und die dadurch bedingte Kommunikation zwischen Wund- und Darmhöhle zu vermeiden, dahin modifiziert, dafs er nach Längsincision an der Hinterwand des Darmes die Wundränder in querer Richtung vereinigte. Verfasser teilt einen derartigen mit sehr günstigem Erfolge behandelten Fall mit. *J. Bloch-Berlin.*

Zwei Fälle von syphilitischer Lebererkrankung, von Cole. (*Med. News.* 26. Juni 1897.) Verfasser rät in jedem Falle von Hepatitis, auch wenn er nur im

geringsten verdächtig ist, eine spezifische Behandlung zu versuchen. Zum Beweise bringt er zwei Krankengeschichten von Männern mit starkem Hydrops und Anasarca, die oftmals punktiert werden mufsten und doch durch Jodkalium und Quecksilber geheilt wurden. Der eine war ein starker Trinker, der jede venerische Infektion aufser Blennorrhoe leugnete, der andere hatte vor fünfzehn Jahren einen Schanker gehabt, der rasch und ohne spezifische Behandlung heilte und nicht von syphilitischen Symptomen gefolgt war. *F. Hahn-Bremen.*

In der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte (Sitzung vom 7. November 1897 in Köln. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 4.) demonstrierte Lieven-Aachen zwei Photographien, die verschiedene Ausgänge der **Perichondritis syphilitica** des Nasenflügels darstellen. Im ersten Falle ist der ganze linke Nasenflügel durch eitrige Schmelzung zerstört. Im zweiten Falle war es unter antiluetischer Therapie zu fibroider Metamorphose des Knorpels und zu einer winkeligen Knickung des rechten Nasenflügelknorpels mit nach aufsen offenem Winkel gekommen. — Lieven warnt davor, die Prognose in derartigen Fällen zu günstig zu stellen; es könne auch nach dem akuten Stadium noch zu Schrumpfungen kommen. — Diskussion: Schmithuisen erwähnt die infolge narbiger Schrumpfung des Knorpels entstehenden Sattelnasen. — Lieven erwidert, dafs Sattelnasen unter anderen Bedingungen entstehen. Er teilt die Formveränderungen der Nase bei Syphilis in 3 Abschnitte. 1. Einsinken der Nasenbeine macht Sattelnase; 2. narbige Schrumpfung des Bindegewebes, das die knöcherne mit der knorpeligen Nase verbindet, verursacht die sog. Lorgnettennase (Fournier); 3. die Formveränderungen an der knorpeligen und häutigen Nase, um die es sich hier handelt. — Lenzmann erinnert an die Knorpelveränderungen bei nichtsyphilitischen Nasen und die daraus entstehenden Septumperforationen. — Lieven: Ulcus perforans entsteht auch bei Zucker und Xanthose der Schleimhaut, wohl infolge Veränderung der Pflasterepithelzellen. — Schmithuisen: Die Syphilis tritt auch an knöchernen Teilen der Nase auf. *Götz-München.*

Über die Häufigkeit der Syphilis des Humerus, eine litteratur-historische Skizze von J. K. Proksch in Wien. (*Med.-Chir. Centralbl.* 1897. No. 51.) Zur Widerlegung der Angaben von Is. Neumann (in *„Spez. Path. u. Ther."* von Nothnagel, Wien 1896, pag. 765), es sei die Erkrankung des Oberarms eins der seltensten Vorkommnisse bei der Knochensyphilis, führt P. eine Reihe von Autoren an, deren ältester (Marcellus Cumanus) in einer Schrift vom Jahre 1667 erwähnt wird, und deren jüngster, Chiari, für die in Rede stehende Frage der bedeutendste ist und auch pathologisch-anatomische Untersuchungen darüber angestellt hat. Es ergiebt sich, dafs eine Reihe von Syphilidologen aus allen Perioden der Neuzeit die Syphilis des Humerus als zweite oder dritte Prädilektionsstelle nach den Unterschenkelknochen ansehen, somit die obige Angabe Neumanns nicht zutreffend erscheinen dürfte. Die zahlreiche Litteratur, welche Proksch anführt, aber keineswegs als sorgfältige Sammlung aller über diese Frage erschienenen Publikationen angesehen wissen möchte, ist jedenfalls von Wichtigkeit für jeden, welcher der Knochensyphilis wie der Syphilis überhaupt sein Interesse zuwendet. *Stern-München.*

Über den Zeitpunkt, wann syphilitische Erkrankungen des Nervensystems einsetzen, und die drei Stadien der Syphilis, von G. Ogilvie. (*Lancet.* Juni 1895.) Im allgemeinen gelten syphilitische Läsionen des Nervensystems für eine Erscheinung der späteren Stadien des Leidens. Nach der alten (Ricordschen) Einteilung rechnet man sie zu den Tertiärsymptomen, indessen läfst sich das Paradoxon dafs viele dieser „Tertiärerscheinungen" am häufigsten in der „Sekundärperiode" vor-

kommen, nicht aus der Welt schaffen, und viele Forscher haben nach anderen Einteilungsmethoden sich umgesehen. Verfasser bespricht die Virchowsche (irritative und neoplastische Stadien), die Zeisslsche (papulöse und gummöse), die Auspitzsche (akute und chronische Periode), Rehders (exanthematische und metastatische), die Fingersche (Frühperiode und Spätperiode, d. h. 2—3 Jahre nach der Infektion), sowie die alte Hunterssche (lokale und allgemeine Symptome), die Kaposische (idiopathische und symptomatische), sowie dessen spätere Einteilung in die Perioden des Exanthems, der Latenz und der Recidive und Hutchinsons Bezeichnung Blood stage, eigentlich nur eine Umschreibung des alten Ausdrucks Sekundärstadium, welch letzteres, nebenbei bemerkt, nach H.s Erfahrungen nach Ablauf des zweiten Jahres als beendet angesehen werden kann. Auf Grund der Naunynschen Statistiken, welche ziemlich in extenso wiedergegeben werden, zeigt nun O., dafs neuropathische Erscheinungen (abgesehen von Tabes dorsalis, Polyneuritis und Paralysis progressiva) unzweifelhaft am häufigsten während des ersten Jahres nach stattgehabter Infektion vorkommen. Die entgegengesetzte Ansicht mag zum Teil darauf beruhen, dafs vielfach alle möglichen Nervensymptome bei Personen, welche einmal infiziert gewesen sind, jahrelang nachher irrigerweise als syphilitische gedeutet werden. *Philippi-Remscheid.*

Ein Fall von frühzeitiger cerebraler Syphilis, von Montgomery. (*Med. News.* 6. März 1897.) Der Patient erkrankte ein Jahr nach einer ziemlich schweren, mangelhaft mit Pillen behandelten syphilitischen Infektion an einem epileptiformen Anfall, der durch energische Behandlung geheilt wurde; auch später traten noch allerlei cerebrale Symptome auf, wichen aber spezifischer Behandlung, nur blieb eine gewisse Ruhelosigkeit und unmotivierter Wandertrieb als Zeichen bestehender cerebraler Reizbarkeit zurück. Viereinhalb Jahre nach der Infektion heiratete er, die Frau abortierte im zweiten Monat der Schwangerschaft. *F. Hahn-Bremen.*

Gumma der Glandula pituitaria, von W. Hunter. (*Brit. med. Journ.* 25. Dez. 1897.) Der Verfasser berichtet über eine 47jährige Frau, welche die Anzeichen deutlicher syphilitischer Infektion in knotigen Auftreibungen verschiedener Knochen, Caries des Schädels etc. gezeigt hatte. Die Patientin starb an Suppressio urinae nach Entfernung der rechten Niere wegen Pyonephrosis. Die Glandula pituitaria schien etwas vergrößert zu sein und zeigte käsige Herde, welche mikroskopisch sich als syphilitische und nicht tuberkulöse Veränderungen erwiesen. In der Litteratur finden sich nur drei ähnliche Fälle, darunter einer von Cecil Beadles publiziert. In dem vorliegenden Falle deuteten keinerlei Symptome auf die Erkrankung der Hypophysis cerebri hin. Die benachbarten Nerven waren intakt. In der Leber fanden sich typische Gummata. *C. Berliner-Aachen.*

Einige Augenkrankheiten als Resultat der Syphilis, von Ramsay. (*Glasgow Med. Journ.* Juli 1897.) Verfasser beschreibt verschiedene syphilitische Augenkrankheiten, sowohl der ererbten als der erworbenen Form, indem er von ihm beobachtete Krankengeschichten mitteilt und so zeigt, in wie vielfältiger Weise das syphilitische Virus sich am Auge manifestieren kann. *F. Hahn-Bremen.*

Die syphilitischen Retinitiden, von Rollet. (*Lyon méd.* 1898. No. 25.) Aufser der spezifischen Chorioiditis und Chorio-Retinitis giebt es noch eine Anzahl syphilitischer Retinitiden, deren Formen verschiedene und charakteristische Bilder aufweisen. Zuerst zeigt sich die Affektion als diffuse Retinitis, in einem vorgerückteren Stadium ergreift sie sodann die Chorioidea oder die Retina und zwar letztere in ihrer inneren oder Gefäfsschicht (Retinitis diffusa, haemorrhagica, sklero-gummosa) oder in deren äufseren oder Pigmentschicht (Retinitis pigmentosa). *C. Müller-Genf.*

Lagophthalmus im Schlafe bei vollständigem Lidschlusse im wachen Zustande als Teilbefund multipler Hirnnervenlähmung infolge luetischer Basalmeningitis, von Victor Hanke. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 16.) Eine 57jährige Patientin zeigt Erscheinungen multipler, linksseitiger Hirnnervenaffektionen, die vor drei Jahren entstanden sind. Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus, Facialis sind ergriffen. Besserung auf Jodkalium. Lues anamnestisch ziemlich erwiesen. Es handelt sich um eine luetische Basilarmeningitis mit durch endarteritische Prozesse bedingter Ernährungsstörung des centralen Höhlengraus und der Cortex; darauf beruht die bestehende Schlafsucht, die Abnahme der Intelligenz, des Gedächtnisses. — Interessant ist der im Schlafe bestehende Lagophthalmus des linken Auges. Dasselbe kann im wachen Zustande willkürlich und reflektorisch geschlossen werden, im Schlafe aber fehlt der Lidschluſs. Es ist das zu erklären durch eine Schwäche des Orbicularis oculi sinistri, der schnell erlahmt, zur erneuten Kontraktion aber im Schlafe bei der bestehenden Anästhesie der Cornea und Conjunctiva nicht angeregt wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Hautausschläge, auf der Basis infizierter Wunden entstehend, von G. Sr. Taylor-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 25. Sept. 1897.) Der Verfasser beschreibt zwölf Fälle. Im ersten Falle entstand im Anschluſs an eine Schädelverletzung bei dem neunjährigen Mädchen Pemphigus foliaceus mit tödlichem Ausgang. Im zweiten Falle entwickelte sich auf eine Verletzung der Hand ein akuter Pemphigus, im dritten ein pemphigoider Ausschlag. Die Patienten wurden geheilt. Im vierten Falle entwickelte sich ein impetiginöses Ekzem an der linken Seite des Gesichts und des Halses und an der hinteren Ohrgegend, auſserdem eine pustulöse Folliculitis an der Streckseite des linken Armes, während der Patient an einer Onychia des rechten Vorderfingers litt. Fall V hatte eine groſse Riſswunde am Handteller, auf welche eine akute Dermatitis von ekzematösem Typus folgte. So wurden im Anschluſs an Verletzungen weiter beobachtet: erythematöse Dermatitis, papulöses Ekzem, Erythema multiforme (zweimal), Ekzem (zweimal) und vesikulöser Ausschlag. Der Verfasser erörtert die Frage, ob diese verschiedenen pathologischen Zustände, welche sich im Gefolge von wahrscheinlich infizierten Wunden entwickelten, durch ein und dasselbe Toxin oder durch verschiedene Toxine verursacht worden seien. Er neigt zu der Annahme, daſs es ein und dasselbe Gift sei, welches jedoch auf verschieden empfänglichen Nährböden verschiedene Krankheitsbilder hervorgerufen habe.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von recidivierendem Ekzem, von G. A. Legge. (*Lancet.* 5. Dez. 1896.) Verfasser, praktischer Arzt in Südafrika, acquirierte ohne nachweisbare Ursache auſser etwa der winterlichen Kälte nach 12jährigem Aufenthalt in der Gegend an Händen und dem Gesicht ein Ekzem, welches zwar sich schnell beseitigen lieſs, aber trotz dem Gebrauche aller möglichen Mittel (auch des Ichthyols) binnen 14 Monaten etwa ein Dutzend Male recidivierte. Schlieſslich verordnete er sich: R. Kal. jodat. 3.75, Chinin. sulph. 0,72, Acid. sulph. dil. 3,75, Aq. dest. ad 175,0. D. 3 mal täglich 1 Eſslöffel voll nach den Mahlzeiten. Von dieser Mixtur nahm er vier Flaschen voll nacheinander und rieb die erkrankten Partien mit Vaselin. camphorat. ein. Seit nunmehr 6 Monaten ist kein Rückfall mehr eingetreten. Gelegentliche Andeutungen eines solches verschwanden sofort bei nochmaligem Gebrauch der Mixtur.

Philippi-Remscheid.

Weitere Untersuchungen über den Pilz des seborrhoischen Ekzems, von MERRIL. (*New York. med. Journ.* 6. März 1897.) Verfasser hat neunzehn weitere Ekzemfälle von verschiedenen Körperstellen und verschiedener Intensität bakteriologisch untersucht und verschiedene Bakterien und Kokken gezüchtet; in allen Fällen wuchsen Diplokokken, davon eine Sorte 15 mal (bei 50 früheren Versuchen wuchs diese Art 47 mal). Verfasser hat dann Impfversuche mit diesem Diplococcus angestellt, die in einigen Fällen positives Resultat ergaben. Damit ist es ihm erwiesen, dafs Eccema seborrhoicum eine parasitäre Krankheit ist, deren Pilz eine grofse Accommodationsfähigkeit an Ort, Sauerstoffgehalt der Luft, Temperatur etc. besitzt.

F. Hahn-Bremen.

Das Eccema keratoides manuum, von LEISTIKOW. (*Dtsch. Praxis.* 1898. No. 3.) Das Eccema keratoides manuum ist ein trockener Katarrh der Haut, der mit Trockenheit, Sprödigkeit und gröfserer Derbheit der befallenen Partien beginnt und zur Bildung dicker kohärenter Hornschuppen führt. Die Austrocknung geht bis in die tiefsten Schichten der Cutis, die Elasticität geht vollkommen verloren, an den Hautfalten bilden sich tiefe, sehr schmerzhafte, leicht blutende Rhagaden. Unter den Schuppen liegt eine zarte, sehr verdünnte, etwas hyperämische Haut. Beugung und Streckung ist oft in hohem Grade erschwert. Der Verlauf ist äufserst chronisch. Der Prozefs tritt meist symmetrisch an beiden Händen, und zwar herdweise oder diffus auf. — Die anatomische Untersuchung ergiebt intracellulares Ödem der Stachelzellen, Verdickung und Verbreiterung des Stratum granulosum mit Keratohyalinmangel, Verbreiterung, geringer Fettgehalt und starke Chromatinanhäufung der Hornschicht. — Differential-diagnostisch kommen in Betracht; die Keratodermia symmetrica (BESNIER), bei der die Symmetrie strenger und das Aussehen homogener ist; Psoriasis palmaris, bei der man stets auch auf der übrigen Haut Symptome der Psoriasis, oft auch wohl erhaltene Primäreffloreszenzen findet; Lichen ruber planus, wenn er in Plaquesform in der Palma auftritt; hier bestehen jedoch die Plaques aus zahllosen Lichenpapelchen, während beim Eccema keratoides papulöse Formen nicht vorkommen. Ferner kommt Lues palmaris in Betracht, die jedoch zumeist unilateral auftritt und runde schmutzigrote Effloreszenzen mit kreisförmigen, oft kleine Papeln tragenden Grenzen zeigt. Die Handschwielen endlich unterscheiden sich von dem Eccema keratoides durch ihr umschriebenes Auftreten und das allmähliche Übergehen der Ränder in die gesunde Haut. — Die Therapie hat zunächst die Rhagaden zu beseitigen, dies geschieht am besten durch Einwickelung in den BEIERSDORFschen Zinkichthyolsalbenmull, der alle 24 Stunden gewechselt wird. Dann ist die vorhandene Parakeratose durch Salicylsäure (Salicylsäureseifenpflastermull oder Salicylsalben oder Salicylsalbenseifen) zu bekämpfen. Gelingt die vollständige Heilung damit nicht, so ist Teer, Pyrogallussäure oder Chrysarobin anzuwenden. Nach erfolgter Heilung sind die Hände abends mit 2%igem Salicylöl oder mit Salicylvasogen einzureiben. *Götz-München.*

Eccema palmare et plantare, von W. ALLEN JAMIESON. (*Edinb. med. Journ.* Januar 1898.) J. beschreibt eine besonders hartnäckige Form eines chronischen Ekzems, welche hauptsächlich die Palma manus, seltener auch die Planta pedis befällt. Das Leiden beginnt gewöhnlich in der Mitte der einen Handfläche und geht meist bald auf die andere Hand über, wenn auch in ungleicher Ausdehnung; die Haut ist stark infiltriert, zeigt heftige, trockene Abschuppung und mäfsiges Jucken, ist weniger verschieblich wie an den anderen Körperstellen und in schweren Fällen wird die Hand in halbgebeugter Stellung gehalten, oft mit völliger Unmöglichkeit der Streckung, die Schweifsabsonderung ist meist sistiert. Die Affektion befällt meist Frauen zur Zeit der Menopause, besonders solche mit arthritischer Diathese. Patho-

logisch-anatomisch betrachtet J. diese Affektion als eine Art Parakeratosis, wie sie von Unna eingehend beschrieben wurde. Differentialdiagnostisch kämen in Betracht Psoriasis, welche aber zu selten, ebenso wie Lichen planus, so beschränkte Hautstellen allein befällt, eine Form von Keratosis, welche bei Syphilis im 2.—5. Jahre nach der Infektion zuweilen auftritt, aber durch die oberflächliche Lage der Fissuren, mangelndes Jucken und mehr kupferrote Farbe der entzündeten Stellen gekennzeichnet ist, und eine andere nach Arsenikgebrauch vorkommende Keratosis, welche durch die Entstehung an den Schweifsporen, durch starke Schweifsabsonderung, Warzenbildung und starkes Brennen charakterisiert ist; zwei noch seltenere Affektionen, die von Besnier beschriebene symmetrische Keratodermie und das von Brookes aufgestellte Erythema keratodes sind noch zu erwähnen; erstere erzeugt gar keine subjektiven Symptome, letztere jedoch starke Entzündungserscheinungen, Schmerz und Empfindlichkeit der Haut, aber ohne Fissuren derselben. Von den 6 Fällen, welche J. als charakteristische Beispiele der beschriebenen Ekzemform genau wiedergiebt, betrafen vier die Handteller, einer die Fufssohle und einer beide zusammen und hatten alle schon über 1 Jahr bestanden, als sie in Behandlung kamen. Dieselbe zerfällt in eine Vorkur, welche die Erweichung der Haut (mit 4—6stündlich zu wechselnden Breiumschlägen und jedesmal zu folgender trockener Abreibung) bezweckt, und die eigentlichen Therapie. Für dieselbe erwies sich am geeignetsten die von Unna eingeführte oxydierte Pyrogallussäure, als Salbe mit Lanolin und eventuell Zusatz von Salicylsäure. Der Eintritt von Recidiven mufs durch sorgfältige Hautpflege vermieden werden: für die Hände mufs die beste Qualität überfetteter Seife (Resorcin- oder Salicylseife) oder statt derselben Haferkleienmehl angewandt, die Epidermis der Fufssohlen durch tägliches Reiben mit Loofah und kaltem Wasser abgehärtet werden. Über eine mutmafsliche Ursache dieser Affektion ist nichts erwähnt.

Stern-München.

Ichthyosis hystrix, von Georg Knauer. (*Internat. photogr. Monatsschrift f. Med.* 1898. No. 4.) Ein Kind, das nach den anamnestischen Angaben in den ersten Monaten seines Lebens hereditär-luetische Symptome dargeboten hatte, zeigte im siebenten Lebensmonate die ersten Zeichen einer Ichthyosis simplex, die sich in den folgenden Jahren unter sachgemäfser Behandlung besserte. Dann trat eine heftige Blaseneruption ein, wie sie bald nach der Geburt vorhanden gewesen war. Nach Besserung dieser bildete sich rasch eine schwere Ichthyosis hystrix aus. Die ganze Körperoberfläche ist ichthyotisch, auch die Flachhände und Fufssohlen. Am stärksten ergriffen sind Submaxillar- und vordere Halsgegend, die Strecke vom Nabel bis zum Mons veneris, Unterarm, Unterschenkel, Rückseite der Oberschenkel, Fufs- und Handrücken. Die Achselhaut zeigt mächtige, lamellenartige Auswüchse, die aber ziemlich hell, fast hautfarbig sind. Gesicht am wenigsten ergriffen; Lippen etwas trocken und rissig; Himbeerzunge; Haare normal, aber wie angeleimt der Haut aufliegend. Fingernägel normal, Zehennägel brüchig und quergestreift. — Allgemeinbefinden ungestört.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Wirkung des Thyreoidextrakts auf Hautkrankheiten illustriert an Fällen von Ichthyosis, von Wm. W. Don. (*Brit. med. Journ.* 6. Nov. 1897.) Die Erfahrungen des Verfassers hinsichtlich der Behandlung verschiedener Hautkrankheiten mit Thyreoidextrakt berechtigen ihn zu folgenden Schlüssen: Das Schilddrüsenextrakt ist zweifellos ein stark stimulierendes, die Hautcirkulation direkt steigerndes Mittel. Als solches vermehrt es die Ernährung der Haut, verstärkt die Wirkung der Hautdrüsen, beschleunigt die Exkretion wertloser Produkte, befördert das Haarwachstum, wie dies beim Myxödem und einigen Fällen totaler Alopecie erwiesen ist; steigert die Aktivität der Epidermisschichten, indem es Desquamation ungesunder

Epidermis und Reproduktion einer neuen Hautdecke hervorruft, wie dies bei Ichthyosis, Psoriasis, trockenem chronischen Ekzem und auch in einigen Fällen von Myxödem und Kretinismus beobachtet worden ist. Von sonstigen bemerkenswerten Erscheinungen, welche bei dem Gebrauche des Schilddrüsenextraktes zu Tage treten, hebt Verfasser die Pulsbeschleunigung hervor, die unter Umständen bei anhaltend starken Dosen zu Herzschwäche führen kann. Die Temperatursteigerung ist im allgemeinen eine geringe, die Wirkung auf das Nervensystem eine depressorische. Die Patienten klagen nicht selten über grofses Schwächegefühl. — Verfasser beschreibt zwei Fälle von Ichthyosis, bei denen das Thyreoidextrakt eine gute Wirkung gethan hat, und fordert zu weiteren Versuchen mit dem Mittel auf.

C. Berliner-Aachen.

Über Pityriasis rubra, von L. Brocq. (*Rev. gén. de Clinique et de Thérapeutique.* 1897.) Bei einer 60jährigen Frau dauert diese Hautaffektion, für welche B. den Namen Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées vorschlägt, bereits 15 Jahre. Sie trat anfangs bloſs mit Jucken ohne äufsere Erscheinungen auf und erst im Verlaufe von zwei Jahren haben sich allmählich die roten Flecke ausgebildet, wobei die Krankheitserscheinungen im Winter stärker wurden, im Sommer aber zurücktraten und das Juckgefühl im Laufe der Jahre fast völlig verschwand. Die blafsroten, im Centrum mit zahlreichen weifsen Schüppchen bedeckten Flecke von 1—6 cm Durchmesser sind unregelmäfsig über den ganzen Körper zerstreut, in gröfserer Zahl an den Unterextremitäten vorhanden, wo die Haut das Aussehen eines Tigerfelles hat. B. schliefst an diesen Krankheitsfall eine längere Betrachtung über die verschiedentlich schon beschriebenen Arten von Pityriasis rubra an und schlägt eine Zweiteilung vor, indem die gutartigen Fälle dieser Hautaffektion, für welche auch die Bezeichnung Parakeratosis variegata von Unna u. a. schon gewählt war, den Namen „Erythrodermie, nach Art der Pityriasis in zerstreuten Plaques auftretend", führen sollten, während die roten, trockenen und schuppenden Eruptionen im Anfangsstadium gewisser Fälle von Mykosis die zweite Art darstellen, von der ersten durch stärkere Rötung, heftigeres Jucken und endlichen Übergang in die Mykose unterschieden. Daneben giebt es übrigens andere ähnliche Hautaffektionen, wo die Efflorescenzen ziemlich klein, von Stecknadelkopf- oder Erbsengröfse sind, in anderen Fällen beherrscht heftiges Jucken beinahe das ganze Krankheitsbild, sodafs die Differentialdiagnose mit dem erwähnten, oft über viele Jahre ausgedehnten Vorläuferstadium einer Mykose sehr in Frage kommt. Wenn schliefslich B. auch für den vorliegenden Fall das letztere nur mit Wahrscheinlichkeit, jedoch nicht mit absoluter Sicherheit ausschliefst, so hat er zwar in dankenswerter Weise die schwierige Frage der Pityriasis rubra wieder einer Revision unterzogen und die Kasuistik um einen Fall vermehrt, aber zur Klärung dieser Hauterkrankung nicht sehr erheblich beigetragen. Was die Behandlung betrifft, so bewährten sich ihm am besten Pyrogallolsalicylpräparate, bis zur Reizung der Haut energisch angewandt; dann sind zur Linderung Salben von Zinkoxyd aufzulegen und, wenn die Haut keine Entzündungserscheinungen mehr zeigt und noch keine Heilung eingetreten ist, neuerdings die erstgenannten und so fort bis zur Heilung.

Stern-München.

Die Lokalisation der sogenannten Porokeratose auf der Mundschleimhaut, von Ducrey und Respighi. (*Giornale internaz. d. scienze med.* 1898. No. 1.) Von den 4 Patienten, welche die Verfasser genau beobachtet haben, war die Affektion nur bei einem auf die Haut beschränkt, während bei allen anderen die Mundschleimhaut befallen war, so dafs diese letztere Lokalisation als eine sehr häufige betrachtet werden mufs. Die Erscheinungen sind sowohl auf der Haut als auf den Schleim-

häuten absolut identisch. Wegen ihres besonderen und charakteristischen Aussehens mufs die Affektion als eine selbständige angesehen werden, die von dem Lichen Wilsons und der Gruppe Ichthyose ganz verschieden ist. Die Bezeichnung Porokeratose halten die Verfasser für eine unpassende, die durch eine andere ersetzt werden mufs. *C. Müller-Genf.*

Bemerkungen über Trichophytia capitis, von W. T. Freeman. (*Lancet.* 31. Okt. 1896.) Bekanntlich stellt der Herpes in England der Behandlung im allgemeinen einen viel gröfseren Widerstand entgegen als bei uns. F. will jedoch durch Befolgung folgender Prinzipien stets in sechs Wochen bis drei Monaten Heilung erzielt haben. Vor allen Dingen ist für gesunde, trockene Wohnung zu sorgen; die Haut mufs trocken sein, deshalb sollen die Patienten möglichst viel sich barhäuptig der Luft und Sonne aussetzen. Leberthran, Fowlersche Lösung (dreimal täglich einige Tropfen) sind namentlich bei den blonden, anämischen Kindern nützlich. Ferner kommen Waschungen mit Sublimat (1 : 1000) und Karbol (1 : 20) in Anwendung. Nach solchen Abwaschungen mufs die Haut etwa 20 Minuten später gründlich getrocknet werden. An besonders hartnäckigen Stellen tupft man auch mit reiner Karbolsäure, eventuell müssen einzelne Follikel mit einem glühenden feinen Draht ausgebrannt werden. Ohne Epilieren resp. Skarifizieren kommt man überhaupt selten aus. Namentlich ist es unerläfslich, die Haare kurz abschneiden zu lassen. Die Angehörigen werden beauftragt, den Kopf täglich mehrmals mit einer medikamentösen Seife zu waschen. Im allgemeinen kommt es aber hauptsächlich auf die Gründlichkeit der Ausführung der ärztlichen Verordnungen an. *Philippi-Remscheid.*

Die Behandlung der Tinea tonsurans und der Tinea circinata mit gewöhnlichem Kochsalz, von Ch. E. Murphy-Dover. (*Brit. med. Journ.* 25. Sept. 1897.) Das Verfahren, welches Verfasser anwendet, ist ein sehr einfaches, nur mufs es mit der nötigen Sorgfalt, wennmöglich unter ärztlicher Aufsicht, jedenfalls von zuverlässiger Person ausgeübt werden. — Das Kopfhaar wird kurz geschnitten, alle Schuppen werden mit Olivenöl gut getränkt und durch Seifenwaschungen beseitigt; die erkrankte Partie wird täglich zweimal mit einer gesättigten Kochsalzlösung mittelst Schwämmchens gut eingerieben. Verfasser hat in dieser Weise 25 Fälle behandelt. Die Behandlung dauerte durchschnittlich 16 Tage, in einem Falle längstens 7 Wochen (durch nachlässige Behandlung), in einem anderen Falle kürzestens 7 Tage. Je jünger die Patienten sind, desto rascher scheint bei diesem Verfahren die Heilung zu erfolgen. *C. Berliner-Aachen.*

Atypische Psoriasis (Psoriasis ostreacea), von Eduard Deutsch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 6.) Ein 37jähriger Mann erkrankte, nachdem er bereits 5 Jahre vorher eine ähnliche Affektion gehabt, an multiplen akuten Gelenkentzündungen, zu denen sich zwei Wochen später eine ausgebreitete Psoriasis gesellte. Diese wies mehrere Eigentümlichkeiten auf. Zunächst hatte sie an den Fufssohlen begonnen und diese sowie die Zehen in hervorragendem Mafse ergriffen. Sodann waren die zahlreichen über den ganzen Körper verbreiteten kranken Hautstellen bedeckt mit dicken, hornartigen, höckrigen, schalenartig die Haut bedeckenden, geschichteten Schuppenauflagerungen, unter denen die Haut central eleviert war. Diese Schuppenbildung erinnerte an die Form von Austernschalen (Psoriasis ostreacea = austernähnlich). Die Krankheit zieht sich sehr in die Länge; der Kranke wird schliefslich auf seinen Wunsch entlassen, nachdem die Gelenkaffektion etwas gebessert, die dicken Schuppenauflagerungen beseitigt; die kranken Hautstellen waren im übrigen, abgesehen von der Abflachung, noch wenig verändert. Der Kranke zeigte hochgradige

Schwäche. — Verfasser nimmt diesen Fall einer zweimaligen Koincidenz von Arthritiden mit Psoriasis zum Ausgangspunkt einer Betrachtung über die Ätiologie der Psoriasis, die verschiedenen Anschauungen über „parasitären" und „dyskrasischen" Ursprung berücksichtigend. — Auch die differenten Ansichten über die anatomische Auffassung der Psoriasis erörtert er. Er fand Schlängelung und Erweiterung der Gefäfse, Hypertrophie des Rete, kleinzellige Infiltration um die Gefäfse, im Papillarkörper, um die in den tieferen Schichten gelegenen Drüsen, zahlreiche Mastzellen und sieht deshalb den Prozefs als einen entzündlichen an.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Atypische Psoriasis bei einem Syphilitiker. In der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft Brabants stellte DUBOIS-HAVENITH einen Patienten vor, welcher vor 12 Jahren eine Syphilis durchgemacht hatte und bei dem sich nun am Kopfe, auf der Brust und am Rücken grofse psoriasisähnliche Plaques mit polycyklischen Rändern entwickelten; die von der Psoriasis bevorzugten Stellen waren hingegen vollständig frei. Langdauernde Behandlung mit Sirop de GIBERT blieb ohne jeden Erfolg, dagegen verschwand die Eruption sehr rasch nach Anwendung von 5%iger Chrysarobinsalbe. (*Presse méd. belg.* 1898. No. 7.) *C. Müller-Genf.*

Abnorme Fälle von Psoriasis, von WAELSCH. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 7.) 1. **Psoriasis rupioides.** Es handelte sich um einen bösartigen, rapid sich ausbreitenden Fall, bei dem es neben der Parakeratose zur Ablagerung eines sehr reichlichen flüssigen Exsudates zwischen die Schuppen gekommen war. Die Affektion nimmt fast die ganze Hautoberfläche ein; sie besteht aus zahllosen Herden, die teils isoliert, teils zu grofsen Plaques konfluiert und von mächtigen schildförmigen Schuppenmassen bedeckt sind. Der Rücken hat das Aussehen einer Schildkrötenschale, die runden Efflorescenzen ragen infolge der mächtigen Schuppenmassen stark hervor; die Schuppen im Centrum der Herde sind serös imbibiert und haben dadurch den Charakter von Borken angenommen, sie sehen gelblich-weifs bis braun aus. Diese Borken liegen zu höchst, sie entsprechen den ältesten Schuppen, um sie herum liegt ein mächtiger silberweifser Schuppenring, dann folgt der rote Saum. An den Seitenflächen des Abdomens ragen die mächtigen Schuppenauflagerungen kammartig hervor. — Eine sichere Erklärung für diese Abnormität giebt es noch nicht, vielleicht handelt es sich um eine durch Kachexie des Patienten modifizierte Psoriasis. Behandlung mit Bädern, Einpackungen in Salicylpflaster und Teerpräparaten brachten verhältnismäfsig rasch Heilung. — 2. **Psoriasis verrucosa.** Bei der seit 11 Jahren bestehenden Affektion finden sich neben zahlreichen, von silberweifsen Schuppen bedeckten Primäreffloreszenzen grofse, stark infiltrierte Plaques, die statt der Schuppen schmutzig braune Borken tragen. Bei den grofsen Herden tritt auf Druck unter den Borken Eiter hervor. Nach Ablösung der Krusten zeigen sich leicht blutende, von eitrigem Sekret bedeckte Infiltrate, die von schmerzhaften Rhagaden durchzogen sind. Auf den Infiltraten sind im Laufe der Jahre hohe warzige Bildungen entstanden, die von Borken und Krusten bedeckt sind. Die mikroskopische Untersuchung ergab Durchsetzung der Hornmassen und Epithelien mit zahlreichen Leukocyten, starke Epithelproliferation der Retezapfen, sowie excessives bindegewebiges Auswachsen der Papillen. — Die Prognose in solchen Fällen ist ungünstig.

Götz-München.

Psoriasis und Balneotherapie, von VOLLMER. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 46.) Der Verfasser empfiehlt, bei der Behandlung der Psoriasis neben den allgemein gebräuchlichen Mitteln starke, die Haut reizende, chemisch differente Bäder, wie Schwefel- oder Soolbäder, besonders die Kreuznacher Mutterlaugenbäder anzuwenden.

Diese kombinierte Behandlung bewirke zum mindesten längere Recidivfreiheit. Auszuschliefsen von der Behandlung mit Soolbädern sind diejenigen Psoriatiker, die gleichzeitig an Rheumatismen und Gelenkerkrankungen leiden. *Götz-München.*

Über die Behandlung der chronischen Akne, von Leslie Phillips-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 25. Sept. 1897.) Mit „chronisch" bezeichnet Verfasser diejenigen Fälle, bei welchen die Akneknötchen sich als indolent und hartnäckig erweisen gegenüber denjenigen Fällen, welche sich durch wiederholte akute und subakute Schübe und Knötchen auszeichnen. Man kann nach der Ansicht des Verfassers alle Aknefälle heilen, wenn nur sowohl seitens der Patienten wie der Ärzte die genügende Ausdauer mitgebracht würde. Als erster Grundsatz bei der Behandlung sei Vermeidung aller reizenden Mittel, wie der Seifen, Schwefelpasten, Lösungen etc., festzuhalten. Verfasser bedient sich mit gutem Erfolge der Puder, besonders des Kieselgurs. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Diskussion über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus, von A. Neisser. (Verhandl. d. 5. deutsch. Dermatologenkongr.) Neisser bestreitet Kaposi gegenüber, dafs der Pemphigus ein klarer klinischer Begriff ist. Alle Arten von Pemphigus haben nur das eine gemeinsam, dafs bezüglich der Ätiologie und Pathogenese der Pemphiguseruptionen absolute Unkenntnis herrscht. Der Verfasser betreitet ferner die Richtigkeit der Behauptung Kaposis, dafs an einem und demselben Kranken im Verlaufe von Monaten und Jahren alle überhaupt möglichen Formen, Gestaltungs- und Verlaufsreihen des Pemphigus beobachtet werden können und dafs demzufolge die verschiedenartigen Typen des Pemphigus ein und dieselbe Krankheit darstellen müssen. Der Verfasser behauptet dagegen, dafs ein Übergang der einen Pemphigusart in eine andere, eines Pemphigus benignus in einen Pemphigus malignus, eines foliaceus in einen vulgaris, eines vegetans in einen foliaceus oder umgekehrt überhaupt nicht vorkomme, weil die verschiedenen Typen beim Pemphigus nicht ein und dieselbe Krankheit darstellen; es handelt sich vielmehr um ganz verschiedene Hautkrankheiten mit bullösen Eruptionen, die miteinander in gar keinem Zusammenhange stehen. — Die malignen Formen sind so typisch und auffallend, dafs bei ihnen die Aufstellung eigener klinischer Bilder verhältnismäfsig leicht ist. Viel gröfser ist die Schwierigkeit bei den chronischen bullösen Eruptionen, die bisher unter dem Namen Pemphigus vulgaris zusammengefafst wurden. Bei den vielen von Kaposi aufgestellten Graden und Formen kann man sich keine Vorstellung darüber machen, welches die wesentlichen Unterschiede dieser Formen sind. — Im Gegensatz zu Kaposi hält der Verfasser die Abtrennung eigener klinischer Formen bei den benignen Fällen, insbesondere des von Duhring aufgestellten klinischen Begriffs der Dermatitis herpetiformis für vollkommen gerechtfertigt. Es handelt sich bei dieser um chronische intermittierende Erkrankungsformen, in deren Verlauf auch bullöse Eruptionen auftreten; diese bilden jedoch nur ein Stadium der Krankheit, das anderen Stadien, z. B. dem papulösen, dem urticariellen, dem pustulösen, höchstens gleichwertig ist und deshalb für die Benennung der Krankheit nicht mafsgebend ist. Auch die Behauptung Kaposis, dafs die Form der Dermatitis herpetiformis seit jeher wohlbekannten und benannten klinischen Erfahrungen, Urticaria, Erythem etc. entspräche, ist nicht richtig. — Es erscheint dem Verfasser nötig, die Unzulänglichkeit des heutigen Pemphigusbegriffes anzuerkennen und darauf hinzuweisen, wie notwendig eine Trennung in verschiedene klinische Begriffe, in verschiedene Krankheiten ist. Es ist notwendig, alle diejenigen Formen abzusondern, bei denen die Blasenbildung nur ein sekundäres Produkt eines anderen entzündlichen oder vasomotorischen oder eines äufseren, das Epithel schädigenden Vorganges ist, also alle nur mit bullösen Stadien

einhergehenden Dermatosen. Es bleibt dann als Pemphigus diejenige blasenbildende Krankheit der Haut, bei der wir die primäre Alteration im Epithel als primäre und wesentliche Grundlage der Blasenbildung feststellen können. Pemphigus wäre dann im Sinne des Auspitzschen Systems eine wirkliche primäre essentielle Akantholysis, der sich entzündliche und andere Erscheinungen hinzugesellen können. Ein verstärkter Transsudationsstrom ist zur Abhebung der Blasendecke wohl nicht erforderlich, wenn durch die Alteration des Epithels die Trennung der Epithelschichten ermöglicht ist. — In zweiter Linie ist dann die Frage nach den Ursachen dieser Epithelalteration zu entscheiden. Möglicherweise handelt es sich um die Wirkung von Toxinen, die sich im Körper selbst bilden, möglicherweise um eine Trophoneurose. — Der Verfasser weist zum Schlusse auf das von ihm beobachtete Überwiegen der semitischen Rasse unter den Pemphiguskranken hin. Bezüglich der Therapie hat er den entschiedenen Eindruck, dafs die subcutanen Strychnininjektionen einen nützlichen Einfluſs auf den Verlauf der Krankheit haben. Einen Fall von malignem Pemphigus vom Tode zu erretten, ist bis jetzt freilich nicht gelungen. *Göts-München.*

Beitrag zur Lehre vom Pemphigus, von Westberg. (Verhandl. d. 5. deutsch. Dermatologenkongr.) Neisser hat schon im Jahre 1894 bezüglich des Verlaufs der einzelnen Pemphigusfälle auf folgende Momente hingewiesen, die zur Stellung einer absolut schlechten Prognose führen: 1. Das primäre oder wenigstens sehr frühzeitige Auftreten der Blaseneruption auf der Schleimhaut; 2. die leichte, schon auf geringen traumatischen Druck erfolgende Epithelabhebung; 3. die kondylomähnlichen „Pemphigus vegetans“ erzeugenden Wucherungen. Das wichtigste Symptom der Malignität ist das primäre Befallensein der Schleimhaut der Mund- und Nasenhöhle. — Die Beobachtungen, die der Verfasser an 28 Pemphigusfällen gemacht hat, beweisen in der That eine so wesentliche, prognostische Bedeutung dieser Momente, dafs auf Grund derselben wenigstens in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle schon in frühen Stadien ein sicheres Urteil über den weiteren Verlauf bezw. Ausgang der Krankheit gefällt werden kann. Das beobachtete Material beweist aber auch, dafs die Einteilung in 1. Pemphigus benignus und 2. Pemphigus malignus nicht nur vom praktischen Standpunkte aus gerechtfertigt ist, sondern dafs sich diese beiden Gruppen in wesentlichen Momenten streng voneinander unterscheiden. — Die Morphologie des Pemphigus führt zu einer weiteren Gruppenbildung: Pemphigus foliaceus und Pemphigus vegetans. Über den ersteren hat der Verfasser wenig Erfahrung; dagegen beweisen die von ihm beobachteten Fälle von Pemphigus vegetans, dafs es sich hier um ein scharf charakterisiertes, vollständig typisches Krankheitsbild handelt. Freilich darf nicht jeder Wucherungsvorgang beim Pemphigus zum Einreihen in diese Gruppe führen; denn auch beim gewöhnlichen Pemphigus kommen gelegentlich isolierte dünne Papillome, besonders an Kontaktstellen vor. Es handelt sich hier vielmehr um Wucherungen, die 5—6 Tage nach dem Bersten der Blasen beginnen und zu konfluierten breiten Kondylomen werden. — Auffallend in dem Materiale des Verfassers war die unverhältnismäfsig grofse Zahl von jüdischen Patienten; unter 19 malignen Fällen betrafen 10 jüdische Kranke. — Von den aufserordentlich zahlreichen inneren und äufseren Medikamenten, die der Verfasser angewendet hat, hatte keines einen wesentlichen Einfluſs auf den Verlauf der Krankheit. Nur längere Zeit hindurch gemachte Strychnininjektionen in Dosen 1—8 mg machten den Eindruck, als ob sie den malignen Verlauf etwas aufzuhalten im stande wären. Heilung wurde jedoch nie erzielt; und da auch die schwersten Fälle spontan einen wechselvollen Verlauf nehmen, ist die Wirkung dieser Injektionen nicht bewiesen. Linderung der Beschwerden gelang am besten durch permanente Bäder, Anwendung von Teer in Form von weichen Salben oder Bädern, ferner durch Umschläge mit warmer Borsäurelösung. Die Schleimhauteffloreszenzen

wurden durch starke Argentumlösungen oder Lapis oder Jodtinktur günstig beeinflufst. — Der Verfasser beobachtete auch die Entwickelung von milienähnlichen Gebilden an Stellen, die vom Pemphigus befallen gewesen waren und schon atrophische Haut zeigten, besonders an der Dorsalfläche der Finger und Zehen und am Schulterblatt Neisser hält diese Gebilde für cystisch ausgehöhlte Epithelkügelchen, die wahrscheinlich aus dem Schweifsdrüsengang hervorgegangen sind. — Die in 2 secierten Fällen beobachteten geringfügigen Veränderungen des Rückenmarks stimmen im allgemeinen mit den von anderen Autoren beschriebenen Befunden überein. Sie haben höchstwahrscheinlich keine spezifische Bedeutung, besonders da ähnliche Befunde auch bei einer grofsen Anzahl von akuten Infektionskrankheiten erhoben werden, ohne dafs die Symptome dieser verschiedenen Krankheiten durch die Rückenmarksläsionen erklärlich wären. Es handelt sich hierbei entweder um Koeffekte der den Pemphigus bedingenden Ursache oder um eine Toxinwirkung oder um einfache Degeneration.

Göts-München.

Über primären Pemphigus der Schleimhäute (Conjunctiva und Respirationstractus), von H. Demmen-Aachen. (Inaug.-Dissert., Würzburg 1897.) Isolierte Pemphiguserkrankungen der Schleimhäute sind erst in geringer Zahl veröffentlicht worden; Verfasser giebt einen kurzen Überblick über dieselben, wobei er der natürlichen Einteilung in sekundäre, nach der Hauterkrankung auftretende, in solche mit gleichzeitiger Haut- und Schleimhauterkrankung und in primäre folgt; nach Karon schliefst sich diesen letzteren meist doch noch die Hautaffektion an. Immerhin sind unter den 54 Fällen der letzten Kategorie einige, wo die Affektion auf die Schleimhäute beschränkt blieb und welchen sich der vom Verfasser beobachtete und genau beschriebene Fall anreiht. Es handelte sich bei einer 41jährigen Frau um Pemphigus der Conjunctiva bulbi et palpebrarum, der Nasenhöhle, Zunge, des weichen Gaumens und Kehldeckels; an Stelle der rasch vergehenden Blasen sind beinahe überall gröfsere gelbe, mit weifslichen Epithelfetzen (Reste der Blasen) bedeckte Flecke vorhanden. Nach längerer Zeit stöfst sich der gelbe Belag ab, die Heilung erfolgt ohne oder mit Substanzverlust (Narbe). Charakteristisch für den Pemphigus soll in den chronischen Fällen der fieberlose Verlauf, die meist bestehende Kachexie und die mangelhafte Reaktion gegen jedes Medikament sein. Die Prognose ist im allgemeinen ungünstig; werden die Augen ergriffen, so folgt meist Blindheit, bei Kehlkopfpemphigus kann es zu Verwachsungen kommen; quoad vitam ist sie nicht gar schlecht, da z. B. im vorliegenden Falle Patientin 12 Jahre lang in annähernd gleichem Zustand sich gehalten. Die Therapie ist rein exspektativ, zur Erleichterung der Nahrungsaufnahme kann man stets vor derselben auf die erkrankten Partien 5—10%ige Kokainlösung einpinseln oder Kokain- und Morphiumpulver aufstreuen. *Stern-München.*

Über Pemphigus vulgaris, von Charles Szadek in Kiew. (*St. Louis med. a. surg. Journ.* Juni 1898.) Unter Berücksichtigung der zahlreichen Litteratur, deren Verzeichnis 100 Nummern umfafst, und Beschreibung von zwei eigenen Beobachtungen, giebt die Arbeit den Verlauf der meist Jahre lang dauernden, mit Exacerbationen einhergehenden Krankheit wieder. Die behafteten Personen sind meist frei von irgend welcher Konstitutionsanomalie; der Pemphigus vulgaris ist relativ selten bei jungen Personen und häufig bei älteren. Was die Ätiologie betrifft, so ist die Annahme, dafs es sich um eine Trophoneurose handelt, sehr unwahrscheinlich, da nur in wenigen Fällen wirkliche Veränderungen des Nervensystems bei der Autopsie gefunden worden sind; viel mehr Wahrscheinlichkeit hat für S. die infektiöse Natur, wenn er auch ganz sichere Anhaltspunkte dafür nicht geben kann. Die gewöhnlich affizierten Stellen sind Gesicht, Stamm und Oberextremitäten, ohne dafs jedoch das

Freibleiben der übrigen Körpergegenden ein Charakteristikum des Blasenausschlages wäre. Differentialdiagnostisch kommen vor allem in Betracht die Epidermolysis bullosa congenita (die sog. acquisita erwähnt S. nicht), welche aber nur durch Trauma verursacht werden kann, und die Dermatitis herpetiformis DUHRING, bei welcher jedoch die Polymorphie der Hauterscheinungen, das heftige Juckgefühl, welches beim Pemphigus sehr gering ist, und der Mangel von schweren Allgemeinerscheinungen die Diagnose erleichtern. Der Pemphigus vulgaris hat noch eine relativ gute Prognose, während der foliaceus, in welchen ersterer häufig übergeht, stets tödlich endet, ebenso wie der Pemphigus vegetans. Bei der Prognose muſs man immer im Auge haben: das Alter das Patienten, Allgemeinbefinden, Dauer und Ausdehnung des Ausschlages, Zustand der Schleimhäute. Die Behandlung besteht in erster Linie in Arsenikdarreichung, sei es subcutan oder als Pillen oder in FOWLERscher Lösung in der gewöhnlichen Weise, daſs kontinuierlich mit der Dosis gesteigert wird, bis ein Erfolg zu konstatieren oder der Toleranzpunkt erreicht ist. Der Patient soll unter möglichst günstige hygienische Bedingungen versetzt werden, die Nahrung reizlos sein (Fleisch, Milch, Eier). Lokal ist strenge Antisepsis, Schutz der Haut vor Reizung und Bakterieninfektion geboten; dazu empfiehlt S. besonders das permanente Wasserbad, ferner Zinksalbe mit Salicylsäure oder Zink-Salicylgelatine (nach PICK); Puder ist weniger geeignet, weil er die bloſsliegenden Epidermisschichten mechanisch reizt.

Stern-München.

Pemphigus neonatorum mit Staphylokokkeninfiltration, von HOLT-New York. (*New York Med. Journ.* 5. Febr. 1898.) Verfasser berichtet über einen Fall von Pemphigus neonatorum nicht syphilitischen Charakters bei einem Kinde von 9 Tagen. Keinerlei Zeichen von Lues bei den Eltern oder Geschwistern. Anschlieſsend an den bullösen Ausschlag eine Allgemeininfektion des Körpers. Die Autopsie ergab Staphylococcus pyogenes aureus. HOLT sieht den Blasenausschlag schon für einen Ausfluſs der Infektion an. *Hopf-Dresden.*

Pemphigus, von BRIDGES. (*New York Med. Journ.* 26. Juni 1897.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über Pemphigus teilt Verfasser die Krankengeschichte eines 38jährigen Mannes mit, dem ein Schenkel wegen einer groſsen Ulceration an dem schief stehenden Fuſse amputiert worden war. Sechs Wochen nach der Operation begann der Pemphigus und führte unter allmählicher Verschlimmerung unter zahlreichen Nachschüben zum Tode an Erschöpfung. *F. Hahn-Bremen.*

Pemphigus contagiosus, von G. SICHEL. (*Brit. med. Journ.* 30. Okt. 1897.) Unter diesem Namen beschreibt PATRICK MANSON eine Hautkrankheit, welche in den Tropenländern vorkommt und hauptsächlich durch das Hervorschieſsen von groſsen, halbkugeligen, klaren, prallgefüllten Bläschen oder Blasen charakterisiert ist. Diese Blasen werden schlapp und bersten. Allgemeine Symptome begleiten die Affektion nicht. Dieselbe tritt hinsichtlich ihrer Verteilung in zwei Formen auf, einer Achselhöhlenform besonders bei jungen Leuten, und einer diffusen, zumeist bei kleinen Kindern auftretenden Form. MANSON hält die Krankheit für kontagiös. Verfasser hatte Gelegenheit mehrere derartige Fälle zu beoachten. Er unterscheidet drei Formen, von denen zwei im Gefolge des Lichen tropicus auftreten, die dritte sich nur auf gesunder Haut entwickelt. Die Patienten empfinden zuerst eine stechende Hitze, worauf in den meisten Fällen ein pustulöser Ausschlag zum Vorschein kommt, der häufig an den Beinen, zuweilen auch an Armen, Gesicht, Achselhöhle, Hals und oberem Teile des Rumpfes lokalisiert ist und stark juckt. Die Efflorescenzen sind dicht gesät, aber doch einzeln stehend, zumeist von einem engen, wohl markierten, hyperämischen Ring umgeben, bersten nach

kurzer Zeit; der Inhalt trocknet zu einer Kruste ein, nach deren Abfallen eine zuerst rosarote, später braun pigmentierte Stelle zurückbleibt. Die ähnlich der syphilitischen aussehende Pigmentation verschwindet nach ca. 3 Wochen. Verfasser hat die Kontagiosität der Affektion nicht feststellen können. *C. Berliner-Aachen.*

Pemphigus chronicus vulgaris auf der Schleimhaut des Mundes und der Epiglottis, von H. Miller. (*New York Med. Journ.* 3. Juli 1897.) Zwanzig Monate lang bestand die Erkrankung auf den genannten Schleimhäuten ohne sich weiter auszubreiten, ohne dem Patienten weitere Schwierigkeiten zu bereiten, als eine gewisse Trockenheit im Munde und das Unvermögen, feste Speisen zu schlingen, da derartige Versuche stets von einem neuen Schub begleitet waren. Anfangs sah man nur blutende Substanzverluste, von einer weifslichen Pseudomembran bedeckt, später entdeckte man gelegentlich auch frische Blasen. Therapeutische Versuche waren erfolglos, sowohl Lokalbehandlung, als antisyphilitische Kur versagte. Am besten bekam dem Patienten tonisierende Behandlung mit Eisen und Arsen, doch ist er nicht geheilt.
F. Hahn-Bremen.

b. *der Cutis.*

Zur Ätiologie des Erysipels und Kenntnis der cellulären Reaktionserscheinungen nach Infektionen, von Bruno Schürmayer. (*Centralbl. f. Bakt.* 1898. No. 5—6.) Alle beim Menschen vorkommenden Streptokokkenerkrankungen sind bedingt durch Varietäten derselben Form, des Streptococcus pyogenes hominis. Die zur Trennung verwendeten Charaktere sind haltlos. Auch Streptococcus pyogenes und Diplococcus pneumoniae (auch Streptococcus lanceolatus genannt) können Schwierigkeiten bei der Abgrenzung machen. Die Kultur eines von einem Pneumoniker gewonnenen Coccus rief bei einer Maus nach intrapleuraler Injektion ein Erysipel hervor. Das Mikroskop lehrte, dafs die Kokken in den Epithelzellen um so mehr degeneriert waren, je besser die Epithelzellen erhalten waren, und umgekehrt. Auch in dem pneumonischen Sputum will Verfasser Beziehungen zwischen den Zellen und den Kokken festgestellt haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Specifität des Erysipelstreptococcus, von Sippel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 19.) Petruschky glaubte die Lehre von der Specifität des Erysipelstreptococcus gründlich widerlegt zu haben dadurch, dafs er nachwies, dafs auch beim Menschen Erysipel durch Streptokokken, die nicht vom Erysipel stammen, erzeugt werden könne, z. B. durch Streptokokken, die von Puerperalfieber stammten. Dafs es sich auch hierbei um Erysipel der inneren Genitalien gehandelt haben kann, beweist S. durch folgende Beobachtung: Eine Hebamme entband eine Frau kurz nachdem sie einen Verband bei Wunderysipel ausgeführt hatte. Die Wöchnerin erkrankte an einer rasch vereiternden Parametritis; diese wurde über dem Ligament. Poupart. incidiert. Zwei Tage später fand sich unter dem Verbande von der Incisionswunde ausgehend, ein typisches Erysipel. *F. Hahn-Bremen.*

Die Streptothrixform des Rotlaufbacillus, von Th. Kitt. (*Centralbl. f. Bakt.*, Abt. I, Bd. XXII, No. 24, 25.) Für den Rotlaufbacillus typisch ist das Wachstum in Gestalt nebelartiger, silbergrauer, büschelförmiger Kulturen unter der Oberfläche in der Gelatinestichkultur. Jedoch ist derselbe verschiedener Variationen fähig. Verfasser hat, ähnlich wie früher bereits Lorenz, in Blutserum-Bouillon ein Wachstum in Streptothrixform gesehen, reichlich sich verzweigende, knospende Fadengeflechte, die auf schiefes Agar verimpft, ein Luftmycel in schimmelähnlichen Rasen entwickelten. Es ist also der Rotlaufbacillus fähig gleich dem Tuberkelbacillus in

einer Form zu wachsen, welche zu den Fadenpilzen überleitet. — Den stammesgeschichtlichen Zusammenhang zwischen Spaltpilzen und Fadenpilzen festzustellen, gelingt noch nicht. Wahrscheinlicher ist, dafs die Stammesentwickelung der Fadenpilze auf den Bakterien fufst, als umgekehrt. — In einer späteren Berichtigung (ibidem Band XXIII, No. 14) stellt Verfasser fest, dafs es sich doch nicht um ein Auswachsen des Bacillus, sondern um eine Symbiose mit einer Streptothrixart handelte, d. h. um eine Verunreinigung. Damit ist das Ganze abgethan. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur pathologischen Histologie der Haut bei Erysipelas, von Raffaelo Jannl. (*Centralbl. f. Bakt.* Band XXII, No. 24, 25.) Ranvier hat die blasige Veränderung der Kerne in den Zellen des Rete Malpighii auf Anhäufung von Flüssigkeit im Kernkörperchen zurückgeführt. Verfasser hat die Verhältnisse an erysipelatöser Haut studiert, indem er sich einer Doppelfärbung von Pianese bediente, welche das Nuclein grün, die Nucleoli gelbrot, das Protoplasma rubinrot darstellt. Er konstatierte nun, dafs bei der blasigen Umwandlung des Kerns der Nucleolus ganz unbeteiligt ist. — Des weiteren betrachtet Verfasser dann den Modus der Blasen (Phlyctänen-)bildung beim Erysipel. Aus dem Inhalte der Phlyctänen gelang es ihm eine Streptokokkenkultur zu erzielen; mikroskopisch fand er keine. Massenhaft Streptokokken findet man im ganzen Derma in den Lymphgefäfsen des subcutanen Bindegewebes, zwischen den Fettzellen, selten in denselben, selten auch eingeschlossen in Phagocyten. In einer kleinen Arterie fand Verfasser eine ausgesprochene akute Endarteriitis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkenswerter Erfolg von Ichthyolglycerin bei einem anscheinend verlorenen Fall von Lymphangio-Phlebitis, von W. J. Robinson. (*New York med. Journ.* 14. Nov. 1896.) Ein 53jähriger Lehrer acquirierte im Anschlufs an ein kleines Beingeschwür eine erysipelatöse Entzündung und Ödem des ganzen Beines mit starker Schwellung und Knotenbildung an der Vena saphena. Trotz geeigneter Behandlung mit Karbol, Kreolin, Salicylsalbe, Sublimat griff die Affektion weiter auf die linke Seite des Unterleibs bis zum Nabel, Srotum und Penis. Kollapszustände. Auf Einwickelung der befallenen Teile mit einer 25%igen Lösung von Ichthyol in Glycerin auf Lint und Bedecken mit Oiled silk und Watte erfolgte binnen 12 Stunden Besserung und am sechsten Tage Heilung. Eine später eintretende Attacke wurde auf diese Weise prompt coupiert. *Philippi-Remscheid.*

Über die Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen, von Buschke. (*Verhandl. d. 5. Deutsch. Dermatologenkongr.*) Der erste Teil der wegen der umsichtigen Kritik eigener und fremder Befunde schätzbaren Arbeit beschäftigt sich mit der Ätiologie des weichen Schankers. — Verfasser hat niemals ein typisches Ulcus molle durch die gewöhnlichen eitererregenden Mikroorganismen, durch andere Bakterien, durch Sekrete und andere Impfungen zu stande gebracht. Dagegen konnte er in 21 Ulcera mollia neben anderen Bakterien stets die Ducreyschen Bacillen nachweisen. Hierbei leistete ihm die von Schaeffer empfohlene Doppelfärbung mit verdünnter Karbolfuchsinlösung und schwacher Äthylendiaminmethylenblaulösung gute Dienste (Zellleiber rot, Zellkerne blafsblau. Bakterien intensiv blau). Für Färbungen im Gewebe empfiehlt sich die von Unna angegebene Färbung mit stark alkalischem Methylenblau und Entfärbung mit Glycerinäther. — Von diesen 21 Ulcera mollia konnte Verfasser in jedem Falle typische Inokulationsgeschwüre erzeugen, wobei genau nach Finger unter allen Kautelen der Asepsis verfahren wurde. In diesen Inokulationsgeschwüren fanden sich zum kleinen Teil schon in der ersten Generation, zum Teil erst später rein Ducreysche Bacillen. — Die Identität der

Ducrey-Kreftingschen Bacillen mit dem Unnaschen Streptobacillus ist zweifellos, da Verfasser im Drüsensaft einer nicht vereiterten Drüse fast nur Ducreysche Bacillen fand, während im Schnitt von derselben Drüse nur Streptobacillen nachzuweisen waren. Die Veränderung der Form der Bacillen im Schnitt wird also wohl wesentlich durch die mikroskopischen Präparationsmethoden bedingt. — Seine Resultate über die Ätiologie der verschiedenen Genitalgeschwüre faßt Verfasser in dem Resumé zusammen: 1. Das Ulcus molle ist eine spezifische Infektionskrankheit des Menschen, welche durch den Ducrey-Krefting-Unnaschen Bacillus erzeugt wird. 2. Dem Ulcus molle klinisch ähnliche, aber gutartigere Geschwüre, welche durch die gewöhnlichen Eitererreger entstehen, können sich selten im Anschluß an einen Coitus mit derselben Inkubationszeit wie jenes entwickeln. Diese Geschwüre gehören in die große Zahl der einfachen Genitalgeschwüre, die nach sonstigen Traumen etc. als balanitische Geschwüre etc. entstehen; man faßt sie gegenüber dem eigentlichen Ulcus molle vielleicht als Ulcus genital. simplex zusammen. — Im zweiten Teile erörtert der Autor die Ätiologie des Schanker-Bubo und kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Der virulente Bubo und Bubonulus entsteht durch die Einwanderung der Ulcus molle-Bacillen vom primären Ulcus in die Lymphgefäße und Lymphdrüsen. (Die Eitererreger spielen bei seinem Zustandekommen keine oder nur eine nebensächliche Rolle.) 2. Die Umwandlung der Perforations- resp. Incisionswunde in ein schankröses Geschwür kommt zu stande durch die vor der Eröffnung im Bubo vorhandenen Bacillen. 3. Es ist bis jetzt nicht erwiesen, daß das Schankergift durch Hinzutreten anderer Bakterien seine Virulenz erhöht. 4. Virulente und avirulente Schankerbubonen kommen zu stande durch das Eindringen der Schankerbacillen in die Lymphdrüsen. Dabei sind die verschiedenen klinischen Bilder auf die Veränderung der Virulenz zurückzuführen, die die Ulcus molle-Bacillen unter ungünstigen Lebensbedingungen in den Drüsen erleiden. *J. Bloch-Berlin.*

Die Serumtherapie der Bubonenpest, von A. Yersin. (*Wiener med. Presse.* 1897. No. 6.) Verfasser beschreibt den Pestbacillus, welcher ein Coccobacillus ist, kurz und an den Enden abgerundet ist, sich in basischen Anilinfarben gut färbt und nach Gram entfärbt, kann auf Agar und alkalischer Bouillon leicht gezüchtet werden, bildet daselbst eine Rosenkranzform und wird in den Lymphdrüsen, Milz und Leber am leichtesten gefunden. Nach Besprechung der Verbreitungsweise der Bubonenpest schildert Verfasser seine experimentellen Untersuchungen zur Darstellung eines Serums gegen die Bubonenpest. Mit diesem teils von ihm, teils im Pasteurschen Institut in Paris dargestellten Serum wurden in Indo-China 26 Fälle behandelt, von denen zwei starben. (Dieselben kamen erst am fünften Krankheitstage in Behandlung.) Die Mortalität beträgt also 7,6%. Verfasser will noch keine endgültigen Schlüsse von diesen Impfungen machen, das Mortalitätsverhältnis ist allerdings ein auffallendes, indem die Sterblichkeit der nicht mit Serum behandelten Fälle 80% beträgt. Das Quantum des eingespritzten Serums betrug 30—60 ccm, worauf die alarmierenden Symptome binnen wenigen Stunden abnahmen, aber nur wenn das Serum in den ersten zwei Krankheitstagen zur Anwendung gelangte. Greift man erst später ein, so braucht man größere Mengen Serums, und es gelingt nicht immer die Vereiterung der Bubonen zu verhüten, allein dieselbe dauert nicht, wie in den spontan heilenden Fällen, lange, sondern versiegt in einigen Tagen. Einen Beweis für die Wirksamkeit des Serums sieht Verfasser noch in der raschen und vollkommenen Wiederherstellung der behandelten Personen, während gewöhnlich die Rekonvalescenz anderseits selbst bei den leichtesten Fällen eine langwierige und schwere ist. Bei zu sehr vorgeschrittenen Fällen ist auch das Serum machtlos; sobald der Puls und die Atmung unregelmäßig werden, das Herz schwach und die Vergiftung zu sehr vorgeschritten

ist, vermag auch das Serum nichts. Unangenehme Nebenwirkungen des Serums wurden nicht beobachtet, bloſs bei einzelnen Individuen ziemlich heftige Schmerzen an der Injektionsstelle. Ob das Serum eine antitoxische oder nur antibakterielle Wirkung hat, inwiefern es als Präventivmittel zu betrachten ist und wie lange die so erzeugte Immunität dauert, darüber kann sich Verfasser noch nicht ganz aussprechen. *A. Alpár (Aschner)-Budapest.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Histologie der endemischen Beulen (aus dem Laboratorium des Prof. Eichhorst-Zürich), von Johanna Kuhn-Illnau, Kant. Zürich. *Virch. Arch.* Bd. 150. Heft 2.) Verfasserin hatte Gelegenheit, eine von Dr. Stierlin in Sofia excidierte Beule zu untersuchen. Unter Wiedergabe der mitgesandten Photographien und kurzer Beifügung des über die Aleppobeule in der Litteratur Niedergelegten faſst Verfasserin ihre histologischen Ergebnisse zusammen: „Die Hauptveränderungen bestanden in einer diffusen Zellvermehrung des Corium, die den Blutgefäſsen und den Ausführungsgängen der Drüsen entlang stärker ausgesprochen ist, in der Zerstörung der Haare und der Schweiſsdrüsen; an die Stelle der letzteren traten knötchenförmige Anhäufungen von Leukocyten im subcutanen Gewebe. Die Zellvermehrung im Corium besteht nicht nur in einer Ansammlung von Leukocyten, sondern die platten Bindegewebszellen sind sehr stark vermehrt und haben daran einen erheblichen Anteil.“ — Irgend welche charakteristische Veränderungen bezw. spezifische Parasiten hat Verfasserin demnach nicht gefunden. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Nabeldiphtherie, von Pitts. (*Lancet.* 3. April 1897.) Ein 14 Tage altes Kind, dessen Mutter an Diphtherie litt und dessen Bruder daran gestorben war, wurde aufgenommen mit einer braunroten, fünfmarkstückgroſsen, indurierten Stelle rund um den Nabel, die übel riechenden Eiter absonderte. Die bakteriologische Untersuchung ergab Diphtheriebacillen. Das Kind starb; bei der Sektion fand sich im Larynx und Pharynx nichts Abnormes. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Pseudo-Lupus vulgaris infolge eines Sproſspilzes, von Caspar Gilchrist und William R. Stokes-Baltimore. (*Journ. of Experim. Med.* Vol. VIII. No. 1. 1898.) Der Patient, ein 33jähriger Mann, erkrankte vor 11½ Jahren. Das erste Zeichen seines Leidens war ein Bläschen an der Hinterseite des linken Ohres; die Krankheit verbreitete sich langsam über das Gesicht, dessen Centralpartie jetzt eine narbige Atrophie zeigt. Einen Monat nach der primären Eruption trat eine solche am Handrücken auf, die nach vier Jahren durch Caustica zur Heilung gebracht wurde. Sechs Monate später erschien an der rechten Scrotalhälfte eine dritte Eruption, die nach einjährigem Wachstum spontan heilte. Dasselbe gilt für einen vierten Herd am linken Unterschenkel und einen fünften am Nacken. Auf den ersten Blick machte die Affektion den Eindruck eines Lupus. Allgemeinbefinden gut. Keinerlei Drüsenschwellung. Keine Lues oder Tuberkulose in der Anamnese der Person und Familie. — Als ätiologisches Moment stellte sich ein Sproſspilz heraus, dem Verfasser den Namen Blastomyces dermatitidis gegeben haben, während sie die Affektion Blastomycetic Dermatitis nennen. Einen gleichen Fall veröffentlichte Gilchrist 1894, ähnliche Fälle Busse u. a. Autoren. Therapie: Curettement. Höllensteinstift. Die Behandlung wurde leider aus persönlichen Gründen des Patienten nicht zu Ende geführt. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Pustula maligna, von W. C. Ellis. (*Lancet.* 12. Sept. 1896.) Kurzer Bericht über einen derartigen Fall, welcher nach ausgiebiger Excision der infizierten Stelle und unter antiseptischen Maſsregeln mit Genesung endete. Die Infektion

hatte infolge einer frischen Verletzung beim Waschen von Schafen etwa 14 Tage vor Beginn der Behandlung stattgefunden. *Philippi-Remscheid.*

Ein Fall von Pustula maligna, behandelt mit Incision und Applikation von Karbolsäure, von MARK JACKSON. (*Lancet.* 15. Mai 1897.) Ein Eisenbahnarbeiter hatte einige Felle getragen, die aus einer Gegend kamen, wo eine Anthraxepidemie herrschte. 2—3 Tage später trat ein Pickel am Nacken auf, der sich bald in eine harte, ödematöse Schwellung mit dunklem Centrum verwandelte. Die Diagnose auf Anthrax wurde durch Nachweis von Milzbrandbacillen in dem Sekret einiger Blasen, die auf der Schwellung saſsen, geliefert. Verfasser machte eine tiefe Incision, Eiter entleerte sich nicht; das Gewebe wurde mit reiner Karbolsäure verätzt. Patient fühlte sich sehr schlecht, war unruhig, hatte Eiweiſs im Urin. Allmählich trat aber Besserung ein, und nach drei Wochen war er geheilt. *F. Hahn-Bremen.*

Zwei Fälle von Milzbrand, von BETHAM ROBINSON-London. (*Lancet.* 1. Jan. 1898.) Beide Fälle von Milzbrand, von denen der erste einen Fellsortierer, der andere einen Jungen betraf, der mit Pferdehaaren zu thun hatte, zeigten sofortige Besserung und Heilung nach totaler Excision der Pustula maligna. Die Excision muſs zu einer Zeit erfolgen, wo der Prozeſs noch lokalisiert ist. *Eugen Hopf-Dresden.*

Über die Botryomykose, von PONCET. (*Lyon méd.* 1898. No. 21.) Die Affektion ist bei den Kabylen Algeriens relativ ziemlich häufig und zeichnet sich aus durch das Auftreten auſserordentlich rasch wachsender Tumoren (in den beiden angeführten Fällen nach Traumen) und die groſse Neigung zu recidivieren. Die Affektion wurde öfters mit Sarkom verwechselt; wahrscheinlich ist sie parasitärer Natur. Meist sind die Extremitäten befallen, da dieselben auch den Traumen und Reizen aller Art am nächsten ausgesetzt sind. Diese Produktionen gehören vielleicht zur Gruppe der in Nord-Afrika so häufigen lymphadenitischen Affektionen. *C. Müller-Genf.*

Primäre Aktinomykose der Haut, von CART. (*Lyon méd.* 1898. No. 22.) Bei dem 23jährigen Kavalleristen waren an den Oberschenkeln und über dem Kreuzbein Ulcerationen aufgetreten, die sich durch ihren langsamen Verlauf und ihre Hartnäckigkeit gegenüber allen therapeutischen Eingriffen auszeichneten. Man hatte zuerst an einfache Geschwüre infolge mangelhafter Hautpflege und sodann, da der Patient mit rotzkranken Pferden in Berührung gekommen war, an Malleus gedacht. Die mikroskopische Untersuchung ergab aber das Vorhandensein der spezifischen Strahlenpilze mit einigen leichten Unterschieden, welche offenbar auf die längere Behandlung zurückzuführen waren. Die Jodkalium-Behandlung hatte gute Resultate.
C. Müller-Genf.

Aktinomykosis, geheilt mit Jodkalium, von DUCHAMP. (*Brit. med. Journ.* 9. Okt. 1897, nach *Lyon méd.* 12. Sept. 1897.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 24jährigen Zimmermann, welcher seit 5 Monaten an einer Schwellung der linken Wange litt. Es bildeten sich Abscesse und Fistelgänge in der Wange. Verfasser glaubte, daſs der Weisheitszahn an dem Leiden schuld sein könnte und extrahierte ihn in Chloroformnarkose. Derselbe erwies sich jedoch als völlig gesund und keiner der Fistelgänge führte zum Alveolus jenes Zahnes. Als auch ausgiebige Curettage der Fisteln zu keinem Resultate führte, kam Verfasser auf den Gedanken, daſs es sich um Aktinomykosis handeln könnte. Der Patient erhielt Jodkalium in steigender Dosis und genas vollständig innerhalb von 2 Monaten. *C. Berliner-Aachen.*

Bemerkungen zur Histologie und Ätiologie des Rhinoskleroms, von SKOCHI. (*Gazzetta d. Ospedali e d. Cliniche.* 1898. No. 4.) Im rhinosklerösen Gewebe hat Ver-

asser zweierlei Arten von parasitären Elementen vorgefunden: Bacillen und Blastomyceten. Die Bacillen sind entweder frei oder in besonderen Zellen eingeschlossen. Diese bacillenführenden Zellen werden nur selten an denselben Stellen wie die Blastomyceten angetroffen: letztere findet man hauptsächlich da, wo Degenerationszustände fehlen, d. h. in den frischen Herden; die bacillenhaltigen Zellen hingegen in den älteren Herden, wo der Degenerationsprozefs bereits vorgeschrittener ist. Verfasser nimmt auf Grund dieses Umstandes an, dafs den Blastomyceten eine wichtigere Rolle zukomme als den Bacillen und dafs sie die Ursache des Prozesses darstellen. Diese Ansicht wird übrigens noch durch klinische und experimentelle Thatsachen unterstützt: die Resultate der neuesten Untersuchungen sprechen nämlich dafür, dafs dem Bacillus von Frisch jede pathogene Eigenschaft abgeht und dafs er vollständig unschädlich ist. Nach Secchi wäre somit das Rhinosklerom eine nicht durch Schizomyceten, sondern durch Blastomyceten verursachte Affektion. — Es bleibt nun noch übrig, nachzuweisen, ob die hyalinen Körperchen beim Rhinosklerom wirklich Blastomyceten sind, was Verfasser in einer ausführlichen Arbeit versuchen wird. Unterdessen weist er auf die neulichen Untersuchungen von Sanfelice hin, welcher bei einer Katze durch Inokulation von Reinkulturen des Saccharomyces neoformans künstlich die Russelschen Körperchen reproduzierte. Dieselben stimmen nun in ihrer Form, Struktur, Verteilung und Färbbarkeit auffallend mit denen überein, welche Secchi in seinen Präparaten von Rhinosklerom, Nackenkeloid und chronischem Ulcus der Prostituierten gefunden hat. *C. Müller-Genf.*

Therapie der Acne simplex (vulgaris) und Acne rosacea, von Jessner. (*D. ärztl. Praktiker.* 1897. No. 22 u. 23.) Die Arbeit enthält unter Würdigung der Wichtigkeit der Erkrankung für manchen mit Akne Behafteten eine kurzgefafste und sorgfältig zusammengestellte Besprechung der Ätiologie und vor allem der Therapie genannter Erkrankungen für den praktischen Arzt. *F. Hahn-Bremen.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Die Wichtigkeit frühzeitiger Behandlung der bösartigen Epitheliome der Haut, von Robinson. (*Med. News.* 10. April 1897.) Verfasser plaidiert dafür auf Grund der abnormen, excessiven Proliferation des Epithels, die ein Gift produziert, welches die Widerstandsfähigkeit der umliegenden Gewebe herabsetzt und grofse Tendenz hat, auf dem Wege der Lymphgefäfse die benachbarten Gewebe zu infizieren, in allen verdächtigen Fällen möglichst früh eine exakte mikroskopische Diagnose zu stellen, um die Ausdehnung der Erkrankung erkennen zu können. Dann soll aber auch das operative Vorgehen ein möglichst schnelles und radikales sein. *F. Hahn-Bremen.*

Über eine neue durch Protozoen verursachte und auf Tiere übertragbare Geschwulstbildung am Menschen: Infektiöse generalisierte Psorospermosis, von A. Posadas. (Buenos Aires 1897.) Bei einem 36jähr., ledigen, bisher durchaus gesunden argentinischen Soldaten zeigte sich das Leiden zuerst vor acht Jahren in Gestalt einer bläulichen Geschwulst auf der rechten Wange von der Gröfse einer Linse. Nach einigen Tagen entstanden in der Umgebung zahlreiche neue Geschwülste, die nach einigen Wochen ulcerierten und stark eiterten. Allmählich breitete sich die Affektion über den ganzen Körper aus. Bald entwickelten sich zahlreiche kleine Tumoren, bald wenige gröfsere an den Extremitäten wie auch am Thorax und Abdomen unter schmerzhaften Drüsenschwellungen. Von Zeit zu Zeit machten sich fieberhafte Erscheinungen bemerkbar, die der Eruption zahlreicher neuer Geschwülste vorausgingen,

während eine Schwellung der älteren Tumoren zu konstatieren war. Eine antisyphilitische Behandlung blieb ohne Erfolg. Eine grofse papillomatöse Geschwulst der Schulter recidivierte nach der Exstirpation. — Es gelang dem Verfasser, als Ursache dieses seltsamen Leidens eine Psorospermie nachzuweisen, die durch eine grofse und eine kleine Form charakterisiert war, mit granuliertem oder auch hyalinem Protoplasma. Die histologische Untersuchung der Hautgeschwülste ergab folgenden Befund: Der primäre Sitz der Affektion ist im Corium. Hier finden sich die Psorospermien in einer oder mehreren Riesenzellen, die von epitheloiden Zellen umgeben sind. Rings herum findet sich eine Infiltrationszone. Die Epidermis ist vollständig intakt und wird erst durch das weitere Wachstum der Geschwulst rein mechanisch alteriert. — Weiter konnte Verfasser die Psorospermien noch in den Lymphdrüsen nachweisen. Die Überimpfung auf Tiere hatte positiven Erfolg. Hierbei fanden sich die Sporozoen auch in den verschiedensten visceralen Organen. So war auch experimentell die Verbreitung auf dem Wege der Blutbahn bewiesen, welche allein das Fieber und die plötzliche Eruption zahlreicher Tumoren beim Menschen erklären konnte.

J. Bloch-Berlin.

Umwandlung der Mollusca und Naevi in Sarkome und Epitheliome, von Girard. (*Dauphiné méd.* 1898. No. 1.) Verfasser hat 3 Fälle von absolut gutartigen Tumoren in maligne entarten gesehen (2 Sarkome, 1 Epitheliom). Er schliefst daraus, dafs sich Mollusca und Naevi in Rund- und Spindelzellensarkome umwandeln können, wobei öfters ein Trauma die ursächliche Rolle spielt. Es kann hierbei ein einziger Molluscumtumor von der malignen Entartung befallen werden, während die übrigen Geschwülste (Xanthelasma, Naevi) unverändert und der Gesundheitszustand unberührt bleiben; die maligne Geschwulst kann sogar drei- oder viermal in loco recidivieren. Das Fibromolluscum koincidiert meist mit anderen Dermatosen, die alle auf embryonale Störungen in den Zellen des Ektoderma zurückzuführen sind. Zwei von den Patientinnen hatten an Uteruscarcinom gelitten und der Vater einer derselben war an Mastdarmkrebs gestorben. Wie dies aus der Krankengeschichte einer der Kranken hervorgeht, ist das Molluscum erblich übertragbar, kann jedoch erst sehr spät zum Ausbruch kommen und von anderen Bildungsfehlern oder Entwickelungshemmungen begleitet sein. In dem einen Falle entsprach der Naevus dem Ausbreitungsbezirke des Ischiadicus, im anderen dem des Cutaneus internus brachii. Im dritten Falle wandelte sich das Molluscum in ein Epitheliom um, das einem Trauma seine Entstehung verdankte und einem Nachbar des Patienten inokuliert wurde. — Darüber, wie in solchen Fällen das Trauma wirkt, wagt sich Verfasser nicht auszusprechen.

C. Müller-Genf.

Ein Beitrag zur Übertragbarkeit der Warzen, von Lanz-Bern. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1898. No. 9.) Durch die neuesten Mitteilungen von Jadassohn aufmerksam gemacht, kommt Verfasser auf seine Experimente zurück, die er vor mehreren Jahren gemacht hatte. Er inokulierte damals einem Knaben Partikelchen von Warzen unter die Haut des Vorderarms; das Resultat fiel vollständig negativ aus, ebenso als er bei demselben Patienten längere Zeit hindurch zweimal täglich eine Warze und ihre Umgebung in der Nähe des Handgelenkes heftig rieb in der Absicht, dort sogenannte Tochterwarzen zu reproduzieren. Dagegen entwickelten sich einige Monate später beim Verfasser selbst an der Zeigefingerbeere (deren er sich bei seinen Einreibungen bedient hatte) und einige Zeit nachher am Mittelfinger drei Warzen. Wie Jadassohn wäre es somit Lanz gelungen, Warzen zu implantieren. Er meint, dafs es sich dabei nicht sowohl um Implantierung von „Warzenzellen" (nach Analogie der Carcinomtransplantation) handelt, sondern dafs vielmehr ein wirklicher Infektionsträger für die Ätiologie der Warzen in Frage kommt. *C. Müller-Genf.*

Zur Kasuistik der traumatischen Lymphcysten, von Armin Langer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 16.) Ein 18 Jahre alter Arbeiter bekam einen Stofs unter dem Rippenbogen. Erst nach 14 Tagen bemerkte er, dafs sich an der Stelle eine Schwellung bildete. Es entstand ein prominenter, hühnereigrofser, länglich-ovaler, elastischer Tumor, von normaler, beweglicher Haut überzogen. Derselbe wird operativ beseitigt; er ist leicht stumpf auszulösen. Er erweist sich als Cyste mit gelblich gefärbter, klarer, seröser Flüssigkeit; an der Innenfläche nischenartige, durch Septen abgegrenzte Vertiefungen und kleine Nebenräume abgrenzende Lamellen. Mikroskopisch ergab sich, dafs die Vergrößerung der Cyste entstanden war, indem das Gefüge des Bindegewebes lockerer wurde, sich Zwischenräume zwischen den Fibrillen bildeten, die durch Flüssigkeitsansammlung und Bindegewebsschwund sich vergrößerten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von spontanem Verschwinden eines kongenitalen cystischen Lymphangioms, von D'Arcy Power. (*Brit. med. Journ.* 4. Dez. 1897.) Gleich nach der Geburt im Januar 1888 zeigte das Kind ein Hygrom auf der linken Seite des Unterkiefers und Halses. Der Tumor blieb eine Zeit lang stationär, begann aber, als das Kind 6 Monate alt war, zu wachsen. Im Alter von 14 Monaten kam dasselbe in die Behandlung von Dr. E. Owen. Damals nahm die Geschwulst die ganze linke Halsseite bis ans linke Ohr hin ein. Innerhalb der nächsten 7 Jahre wurde der Inhalt etwa 150 mal abgezapft, ohne dafs eine wesentliche Änderung in der Gröfse eintrat. Allerdings wuchs die Geschwulst nicht in dem Verhältnisse des Körperwachstums des Patienten. Sie wurde aber auch nicht kleiner. Im August 1896 bekam der Verfasser den Knaben in Behandlung. Die Haut über dem Tumor war ganz gesund, wenn man von den zahlreichen Narben durch die Punkturen absieht. Er fühlte sich prall elastisch und gelappt an. Die Haut haftete fest auf dem darunter befindlichen Gewebe. Verfasser exstirpierte von der Geschwulst so viel, als in dem hinteren Halsdreieck lag. Die Wunde heilte per primam. Vierzehn Tage nach der Operation bekam der Patient eine Lymphangitis, die nach kurzer Zeit wieder verschwand. Die Lymphangitisattacken wiederholten sich noch zweimal; nach jeder Attacke wurde der noch restierende Tumor kleiner. Neun Monate nach der Operation war derselbe ganz verschwunden. Das Allgemeinbefinden des Patienten war fast immer ein gutes. Der Tumor bestand makroskopisch aus vielen kleinen und grofsen Cysten. Die gröfseren lagen tiefer und waren mit Blut erfüllt, die kleineren, mehr oberflächlich gelegenen, enthielten klare Flüssigkeit. Mikroskopisch erwies sich die Epidermis als gesund. Das Corium wurde von einer Schicht dichten Bindegewebes gebildet, in welchem die Haarzwiebeln und Schweifsdrüsen lagen. Die Cysten waren nur in der subcutanen Fettschicht vorhanden. Die kleineren stellten lediglich Erweiterungen der Bindegewebsräume im Fettgewebe dar. Die gröfseren Cysten lagen tiefer im subcutanen Fettgewebe und waren vom Corium durch dichtes Narbengewebe getrennt. Die Cystenwandungen waren mit einschichtigem Endothel ausgekleidet. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung von Haut- und Schleimhautneubildungen mit Galvanokaustik und Elektrolyse, von Alex Skene. Anschliefsend an drei Fälle aus seiner Praxis — einen 14jährigen Knaben, dem mit 5 Monaten ein grofser Naevus der Stirn durch Elektrolyse entfernt wurde, ohne dafs die Spur einer Narbe zurückgeblieben ist; eine Dame, bei der ein Epitheliom der Oberlippe gleichfalls ohne Entstellung durch den Galvanokauter beseitigt wurde, und einen ebenfalls durch letztere Methode wundervoll beseitigten Naevus pilaris des Nackens — verbreitet sich Skene über diese empfehlenswerte Behandlungsmethode. — Für vaskuläre Tumoren, wo es auf Erhaltung der deckenden Haut ankommt, ist die Elektrolyse am geeignetsten. Der Strom mufs

stark genug sein, um am positiven Pol eine Austrocknung zu bewirken, aber er darf nicht verkohlen. Am negativen Pol muſs eine chemische Zersetzung erfolgen. Die Nadelstiche müssen dann mit Kollodium bedeckt werden, um Infektionen zu verhüten. Mittelgroſse Tumoren lassen sich bei zweimaliger Einführung der Nadeln zerstören. — Abgesehen von den erwähnten Fällen ist die Galvanokaustik die beste Methode zur Entfernung von Haut- und Schleimhauttumoren. Ihr am nächsten kommen von Ätzmitteln Chlorzink-Milchsäure- und Kalicausticum-Pasten. Die Nachteile aller anderen Ätzmittel sind aber folgende: Unvollständige Zerstörung der Neoplasmen, gröſsere Schmerzen, unsichere Wirkung, häſsliche Narben. — Bei der Galvanokaustik ist die wichtigste Aufgabe, alles Kranke zu entfernen, ohne ins Gesunde zu kommen. Der Brenner soll kalt in die Geschwulst gesetzt werden, nicht schon glühend, weil sonst leicht Blutungen auftreten, besonders bei vaskulären Geschwülsten. Ausgang von dem Centrum des Tumors. Nicht zu tief dringen mit dem Kauter. Bei Naevis, Angiomen und Epitheliomen muſs von der Peripherie zur Mitte gegangen werden. Weiſsglut des Brenners ruft Blutungen hervor. Durch Kokain kann man stärkere Beschwerden während der Operation verhindern. Ungefähr nach einer Woche, wenn der Brandschorf sich abgestoſsen hat, kann man eventuell zurückgebliebene Reste durch eine Nachoperation entfernen. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung des Keloids mit Thiosinamin, von Newton. (*New York med. Journ.* 20. März 1897.) Ein Mädchen mit straffen Narbenzügen nach Verbrennung, welche die Bewegung des Armes hinderten, erlangte durch Injektionen von Thiosinamin die volle Beweglichkeit des Armes wieder. Ein Mann mit spontanen Keloiden „soll" auch gebessert sein. Der objektive Leser sieht allerdings wohl nur wenig davon.
F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von symmetrischen, subcutanen, fibrösen Knoten bei einem Erwachsenen, kombiniert mit mitraler Endocarditis, von Eden Paul. (*Lancet.* 26. Juni 1897.) Die Knoten bestanden symmetrisch unterhalb des groſsen Trochanters an der Auſsenseite der Oberschenkel bei dem gesunden kräftigen Patienten seit circa einem Jahre. Sie verursachten nur Schmerz bei Druck, wenn Patient auf den Stellen lag. Wegen des bestehenden systolischen Geräusches an der Mitralis sieht Verfasser sie als rheumatisch an, obwohl Patient nie irgend welche rheumatischen Beschwerden hatte. Wo sie schmerzten, wurden sie excidiert und recidivierten nicht.
F. Hahn-Bremen.

Zur Ätiologie des Morbus Addisonii, von F. Schwyzer. (*New Yorker med. Monatsschr.* 1898. No. 1.) Die häufigste bei Addisonscher Krankheit gefundene Veränderung ist die Tuberkulose der Nebennieren. Verfasser beschreibt 3 Fälle, wo inveterierte Syphilis die Krankheitsursache war: 1. Ein 27jähriger Mann, der vor 8 Jahren ein Ulcus und Bubo, aber keine weiteren Sekundärerscheinungen gehabt, erkrankt an Schmerzen im rechten Hypochondrium und Verdauungsstörungen. Er kommt schnell herunter und stirbt kachektisch. Die Sektion ergiebt: Gumma der rechten Nebennieren mit alten entzündlichen Adhäsionen ringsum, Gumma der Leber, syphilitische Narben der Nieren, partielle Thrombosen der Vena cava, nekrotischer Herd in der Milz, hochgradige Atrophie, braune Atrophie des Herzens. Bronzefärbung fehlte. 2. Eine Frau, deren allerdings erst nach dem Tode vom Manne aufgenommene Anamnese Anhaltspunkte für Lues gab, ging unter Ascites, Erbrechen etc. zu Grunde. Anatomische Diagnose: Hepatitis interstitialis chronica luetica, Gummanarbe in Leber, Nieren, Pleura, Pseudoligamente in der Gegend der rechten Nebenniere und Porta hepatis. Atrophie und luetische Infiltration der rechten Nebenniere, Ascites, Bronzefärbung der Haut, Ikterus. 3. Ein 38jähriger Mann mit ausgedehnter Verfärbung der

äufseren Haut, Ascites, Tumor in der Lebergegend, geht nach einer vorübergehenden Besserung unter antiluetischer Behandlung unter Diarrhoe, Erbrechen, Kachexie zu Grunde. Anatomische Diagnose: Gummata von Leber und Milz, luetische Adhäsionen in der Pleura, luetische Schwielen in der Gegend der Porta hepatis, beider Nebennieren, des Plexus solaris. — In allen drei Fällen bestanden zum Teil zusammen mit anderen Organerkrankungen luetische Affektionen der Nebennieren, die alle oder einen Teil der Symptome des Morbus Addisonii auslösten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Morbus Addisonii bei einem Kinde, von Bury. (*Lancet.* 19. Juni 1897.) Das 13jährige Mädchen erkrankte an Morbus Addisonii, wurde ohne Erfolg einige Tage mit Nebennierenextrakt behandelt und starb; bei der Sektion fanden sich tuberkulöse Veränderungen in den Nebennieren. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zum Studium des Morbus Addisonii, von Caporali. (*Rif. med.* 1898. No. 72 u. 73.) In einem genau untersuchten Falle dieser Affektion hat Verfasser folgendes konstatiert: schwerer und rapider Verlauf nach einer Influenza; Pigmentation der Nägel, Variieren der Intensität der Pigmentation je nach dem Zustande der Patientin; ausgesprochene Leukocytose; schwere nervöse Komplikationen; Hyperacidität und Hypertoxicität des Urins, Indikanurie, Peptonurie, Hyposulfurie; das Neurin verursacht bei Tieren allgemeine Schwäche, Konvulsionen, Parese der unteren Extremitäten, Salivation, Indikanurie; bei der Patientin wurde 33 Tage vor dem Tode kein Neurin im Urin nachgewiesen; Injektionen von Neurin in Dosen von 0,01—0,09 bei Gehirntumoren und von 0,005—0,06 bei Morbus Addisonii wird durch den Urin nicht eliminiert, wohl aber, wenn in der zweiten Periode das Quantum des Giftes auf 0,1 bis 0,35 erhöht wird; Intoleranzerscheinungen (Müdigkeit, Kopfschmerzen, Salivation, Thränenträufeln, scharlachartiges Exanthem, heftiges Fieber) treten erst bei Dosen von 0,35 auf. — Die von der Patientin dargebotenen Symptome betrachtet Verfasser als Intoxikationserscheinungen infolge von Veränderungen in den Nebennieren. Verfasser ist vollständig davon überzeugt, dafs die Substanz, welche diese Intoxikationserscheinungen verursacht, nicht das Neurin sein kann; dieselben müfsten vielmehr auf mangelhafte Oxydationsprozesse in den Geweben zurückgeführt werden: infolge einer ungenügenden Zufuhr von Sauerstoff in die Gewebe kann es nicht zu einer genügenden Umwandlung der Desassimilationsprodukte kommen, wobei sich neue Gifte bilden, die zur Intoxikation des Organismus führen. *C. Müller-Genf.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die weifsen Flecke auf den Nägeln, von W. Sykes. (*Brit. med. Journ.* 30. Okt. 1897.) Malcolm Morris schreibt in seinem ausgezeichneten Buche über die Krankheiten der Haut auf Seite 478: „Bisweilen entwickeln sich (auf den Nägeln) weifse Flecke, welche auf die Anwesenheit von Luft zwischen den Lamellen zurückzuführen sind.“ Verfasser glaubt, dafs dies wohl eine Erklärung der Histologie, aber noch nicht der Ätiologie der weifsen Flecke sei. Durch eigene Beobachtungen und Experimente habe er sich überzeugt, dafs die meisten Flecke traumatischen Ursprunges seien und beispielsweise durch Kratzen, Rückwärtsdrücken des Nagels, Abschneiden der Haut an der Basis der Lunula und durch sonstige Verletzungen hervorgerufen werden. Wenn jemand, der bisweilen solche weifse Flecke hat, die überschüssige Haut an der Basis der Lunula zurückstöfst, die Überreste abkratzt oder wegschneidet, der wird schon nach einigen Tagen gröfsere oder kleinere Flecke auf seinen Nägeln wahrnehmen können. Mit dem Wachsen der letzteren wachsen die Flecke mit, rücken allmählich

nach dem Centrum des Nagels vor, bis sie schliefslich an dessen freier Kante angelangt sind und beim Kürzen des Nagels mit abgeschnitten werden. Man kann nach Belieben solche Flecke produzieren. Wenn die Annahme richtig ist, dafs sie dem Eindringen von Luft zwischen die Lamellen ihr Entstehen verdanken, so ist es nach den beschriebenen Experimenten sehr wahrscheinlich, dafs die Luft durch eine traumatische Läsion des Nagels besonders beim Reinigen desselben Eingang findet. Verfasser kann jedoch nicht umhin, an die Analogie mit den Hornhauttrübungen nach Verletzungen oder Ulcerationen zu erinnern. Diese in Gestalt von weifsen oder grauweifsen Flecken auf der Hornhaut auftretenden Trübungen haben die Natur von Narbengeweben.

C. Berliner-Aachen.

Die operative Behandlung der Hämorrhoiden, von Syms. (*New York med. Journ.* 12. Febr. 1898.) Verfasser bespricht die verschiedenen Methoden der Behandlung der Hämorrhoiden und empfiehlt vor allem, zunächst den Sphinkter gründlich und gänzlich einzureifsen und dann die einzelnen Knoten mit der Zange zu fassen und abzubrennen. *F. Hahn-Bremen.*

Perforierendes Fufsgeschwür, von Halley. (*Scott. med. a. surg. Journ.* April 1898.) Die perforierenden Fufsgeschwüre, welche schmerzlos entstehen und anfangs von Kallositäten bedeckt sind, finden sich als trophische Störung bei Leuten, welche an einer Neuritis leiden. Verfasser teilt drei Fälle mit, in zweien recidivierten die Ulcera, trotzdem Amputation des Fufses vorgenommen wurde. Den dritten Fall behandelte Verfasser mit Amputation der betreffenden Zehe und Resektion des verdickten Nervus tibialis posticus (Alkoholneuritis). Dieser Fall blieb geheilt, trug aber im Stiefel eingelegte Sohlen mit Ausschnitten, welche den Druck auf die befallenen Stellen verhinderten. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Ainhum, von Herrick. (*Philadelphia med. Journ.* 5. Febr. 1898.) Der 60jährige Neger hatte keinerlei Spuren von Lepra, die Erkrankung safs an der linken kleinen Zehe, hatte dieselbe mumifiziert und fast schon zur Spontanamputation geführt. Amputation führte bald Heilung herbei. Vorher war eine Röntgenphotographie angefertigt, welche zeigte, dafs das abschnürende Band nicht durch ein Gelenk, sondern durch die Mitte der ersten Phalanx ging. *F. Hahn-Bremen.*

Über symmetrische Gangrän, von P. Zerbes. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 4/5.) Der Vortrag giebt einen kurzen Abrifs der Pathologie der symmetrischen Gangrän unter Erörterung der strittigen Fragen. Da die betreffenden Arbeiten, aus denen Verfasser berichtet, in diesen Blättern referiert sind, genügt es wohl, hier darauf hinzuweisen, dafs Verfasser das Stadium der Syncope (regionären Ischämie) auf Krampf der Vasokonstriktoren, dasjenige der lokalen Asphyxie (regionäre Cyanose) auf Krampf der Venen zurückführt, welcher venöse Stauung bei freiem Zufluſs arteriellen Blutes bewirken soll. Das dritte Stadium, die lokale symmetrische Gangrän, wird ausgelöst durch trophische Anomalien in Kombination mit den vasomotorischen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kenntnis der Gangraena cutis, von Erhard Riecke. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 6.) Bei einem jungen Mädchen entwickelten sich nach einer Verletzung an der Hand im Verlaufe des ganzen Armes nach und nach zahlreiche gangränöse Stellen. Im Beginn fand man gewöhnlich eine lederartige Umwandlung gelblich gefärbter Hautstellen, umgeben von prallen Bläschen mit ausgesprochen gelbem Inhalt. Unter Ulcerationsbildung stiefsen sich die abgestorbenen Teile ab und die Stellen vernarbten. Auffallend war an einer frischen Stelle ein von derselben ab-

gehender gelber Streifen, was den Verdacht, daſs es sich um absichtliche Salpetersäureätzungen handelte, erregte. Die Untersuchung des Bläscheninhalts bestätigte den Verdacht. Patientin gab allerdings diese Selbstätzung nicht zu, leugnete sogar, daſs sie jemals Salpetersäure benutzt habe, es konnte ihr aber die Unwahrheit dieser Angabe nachgewiesen werden. — Sonstige hysterische Erscheinungen waren nicht nachzuweisen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Puerperale Gangrän, von TATE. (*St. Louis med. a. surg. Journ.* April 1898.) Verfasser giebt eine Zusammenstellung der in der Litteratur veröffentlichten Fälle und teilt dann eine eigene Beobachtung mit. Die 25jährige gesunde Erstgebärende erkrankte schon vor der Entbindung an Konvulsionen, die Geburt verlief leicht, das Kind war tot. Einige Tage nach der Entbindung traten gangränöse Flecken an den Füſsen auf, die Gangrän breitete sich rapide bis zu den Knien aus, ohne daſs Demarkation auftrat, und Patientin starb nach 14 Tagen. Verfasser verbreitet sich kurz über Ätiologie und Behandlung derartiger Fälle von Gangrän. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Myxödem, das durch Herzfehler kompliziert war, von R. B. NEOS. (*Glasgow med. Journ.* Aug. 1897.) Der 54jährige Patient bot neben den charakteristischen Symptomen des Myxödems auch zeitweiliges echtes Ödem an den Füſsen und auf dem Brustkorb, sowie Aorteninsufficienz und Mitralstenose dar Ein ausgiebiger Versuch mit Thyreoidtabletten blieb erfolglos, und es trat etwa ein halbes Jahr nach der Aufnahme im Krankenhaus der Tod ein. Die Obduktion ergab eine hochgradig atrophierte Schilddrüse, die fast nur aus Fasergewebe mit einigen mehr oder weniger groſsen Zellanhäufungen bestand. Die normale Struktur war fast total zerstört. An der Haut wurden abnorme Zellanhäufungen im Corium namentlich längs den Kapillaren konstatiert. Herzmuskulatur blaſs und schlaff. Die ganzen Befunde, makroskopisch und mikroskopisch, sind recht ausführlich mitgeteilt.

Philippi-Remscheid.

Scleroderma neonatorum, von PAVONE und DE BONIS. (VIII. Kongr. f. inn. Med. Neapel, 1897.) PAVONE hat die Affektion besonders häufig in den Findelhäusern konstatiert, wo sie aber nicht erst entsteht, sondern meist in voller Entwickelung aufgenommen wird. Nach seinen Untersuchungen ist die Krankheit sozusagen absolut tödlich, wenn sie sich über den gröſsten Teil der Körperoberfläche ausbreitet. Eine Unterscheidung in Scleroderma oedematosum und Scleroderma adiposum erscheint ihm aber ungerechtfertigt, da der Affektion ein positives anatomisches Substrat zu Grunde liege. Diesen Erklärungen fügt nun DE BONIS einige Bemerkungen bei: Das Sklerom bei der Cholera infantum hat keine Ähnlichkeit mit dem wahren Scleroderma; dieses wird stets bei atrophischen oder zu früh geborenen, schwächlichen Kindern beobachtet. Meist ist das Scleroderma mit Herzadynamie und zuweilen Atrophie, hier und da auch mit Aortenstenose verbunden. Die Affektion ist der Ausdruck einer tiefen Ernährungsstörung im intrauterinen Leben infolge von schlechten hygienischen Bedingungen, unter denen die Mutter gelebt hat. Oft werden bei den Patienten Nekrosen speziell des Calcaneus und der inneren Malleolen beobachtet. Die Mortalität ist allerdings bedeutend, jedoch nicht in dem Maſse, wie es PAVONE behauptet, indem DE BONIS unter 73 Fällen 71 Heilungen selbst ausgedehnter und schwerer Erkrankungen gesehen hat. Die Prognose wird durch die begleitenden Herzläsionen erschwert. (*Il Morgagni.* Dez. 1897.) *C. Müller-Genf.*

Keine kahlen Köpfe mehr — das Mikrobion der Alopecie, von PAUL FIQUET. (*St. Louis Med. a. Surg. Journ.* Sept. 1897.) In einem feuilletonartigen, kurzen Aufsatze bespricht Verfasser die SABOURAUDsche Entdeckung von dem Bacillus alopeciae

und führt aus, daſs alle sonstigen Erklärungen der Entstehung der Kahlköpfigkeit jetzt als beseitigt zu erachten sein dürften. Als historisch interessant erwähnt er, daſs die Affektion bereits in der Bibel beim Propheten Elias eine Rolle spielt, daſs Hippokrates und Archimedes daran litten, und daſs man nachgewiesen hat, daſs die alten Ägypter Perrücken gebrauchten. *Philippi-Remscheid.*

Welches ist der gegenwärtige Stand der Wissenschaft bezüglich der Natur und der Kontagiosität der Alopecia areata? von HORAND. (*Lyon méd.* 1898. No. 12 u. 13.) Verfasser kommt nach einer Übersicht der verschiedenen diesbezüglichen Theorien zu dem Schlusse, daſs die Alopecia areata keine parasitäre oder durch Mikroorganismen verursachte Affektion sei; daſs man andererseits die Haarveränderungen bei dieser Dermatose nur auf nervöse Störungen zurückführen könne (Trophoneurose) und somit eine rationelle Behandlung in der künstlichen Reizung der Lebensfähigkeit des Haarfollikels, begleitet von möglichster Hebung des allgemeinen Kräftezustandes, bestehen müsse. Man dürfe somit annehmen, daſs die Alopecia areata keine kontagiöse Krankheit sei. *C. Müller-Genf.*

Über die Natur und Kontagiosität der Alopecia areata, von AUBERT. (*Lyon méd.* 1898. No. 14.) Verfasser ist mit der Ansicht HORANDS, welcher der Alopecia areata jede Kontagiosität abspricht und die Affektion als eine Trophoneurose betrachtet, absolut nicht einverstanden und erklärt sich im Gegenteil als entschiedener Kontagionist. Er widerlegt die drei von HORAND gegen die Kontagiositätstheorie erhobenen Einwürfe: 1. bei der Alopecia areata sind niemals Mikroorganismen konstatiert worden; 2. die Affektion läſst sich nicht künstlich übertragen; 3. die Behandlung, welche bei der Alopecia areata die besten Resultate liefert, ist nicht eine parasiticide, sondern eine irritierende. – An der Diskussion beteiligen sich: DRON, welcher sich auf Seite HORANDS stellt; ferner: ANNEQUIN, SOULIER, NAVARRE, welche für die Kontagiositätstheorie eintreten (Epidemien in Spitälern, Kasernen, Schulen, Familien).
C. Müller-Genf.

Idioneurosen.

Pathologie und Behandlung des Pruritus, von DE WANNEMAEKER-Gent. (*Wien. med. Blätter.*) Verfasser unterscheidet den primären Pruritus ohne jeden Hautausschlag und den sekundären, der eine oder die andere Hautkrankheit begleitet oder ihr auch nachfolgt. Er bespricht deren Pathologie und teilt sodann seine Erfahrungen mit Salophen mit, welches neben einigen Mifserfolgen sehr ermutigende Resultate und n manchen Fällen sogar sehr anregende ergab. Er nennt sie unleugbar und verblüffend. Es wurden täglich 3—5 g gegeben. *A. Strauſs-Barmen.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein Fall von aspiriertem Hautemphysem, von JAROSLAW v. THAAL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 17.) Nach Sturz von einem Heuwagen entwickelte sich bei einem Patienten ein ausgedehntes Hautemphysem, ausgehend von einem interlobulären Lungenemphysem. Die Thoraxwand war unversehrt, ebenso Larynx und Oesophagus. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Diphtherie mit ausgebreitetem subcutanen Emphysem, von SHARMAN und D'ESTERRE. (*Lancet.* 3. April 1897.) Bei dem 6jährigen Knaben, welcher an Diphtherie

itt, trat ein Emphysem des subcutanen Bindegewebes auf, welches vom Halse ausging und sich allmählich über das Gesicht und den ganzen Rumpf ausbreitete. Leider durfte nach dem Tode nur die Sektion des Halses gemacht werden, und somit konnte die Ursache des Emphysems nicht klargestellt werden. Mit Sicherheit liefs sich nur sagen, dafs eine Ulceration und Perforation der Trachea nicht stattgefunden hatte.

F. Hahn-Bremen.

Bemerkungen über cutane Myiasis, veranlafst durch Östridenlarven, von ABRAHAM. (*Transact. of Derm. Society of Grt.-Brit. a. Ireland,* 1896—97.) Verfasser hat die bisher veröffentlichten Fälle von Hautentzündung durch Larveneinwanderung (Myiasis) zusammengestellt; meist waren es Larven der Gattung Hypoderma und Dermatobia. Solche Affektionen werden vor allem aus Centralamerika, Indien und Rufsland berichtet. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Fälle von Myiasis, die in Rumänien zur Beobachtung kamen, und ihre Behandlung durch die Landbevölkerung, von LEON. — **Bemerkungen zu obiger Veröffentlichung,** von BLANCHARD. (*Archives de Parasitologie.* April 1898.) Die „klugen Frauen" in Rumänien behandeln Abscesse etc., die erfahrungsgemäfs häufig durch Einwanderung von Fliegenlarven entstanden sind, gern und gewöhnlich durch Einatmung von Hyoscyamusdämpfen (Kraut oder Früchte werden entweder mit kochendem Wasser übergossen oder auf glühende Kohlen gestreut). Schon nach kurzer Zeit, nach einigen Minuten, öffnet sich der Abceſs und die betreffenden Fliegenlarven spazieren heraus. Verfasser konnte verschiedentlich Larven erlangen, die als solche von Sarcophaga magnifica, S. carnaria oder Musca domestica erkannt wurden. — In seiner „Bemerkung" weist BLANCHARD auf einen von HOGG in England veröffentlichten Fall hin: eine Zigeunerin entfernte einem an Zahnschmerzen leidenden Dienstmädchen fünf „Würmer" durch Hyoscyamusdämpfe. Da die Erkrankung länger als vier Monate bestanden hat, glaubt er nicht recht an Dipterenlarven. Auffallend ist im übrigen, dafs auch in England eine Zigeunerin Trägerin der Weisheit war, ebenso wie in Rumänien diese sehr oft die Volksmedizin vertreten. *F. Hahn-Bremen.*

Über physiologische und pathologische Siderose, von SIGMUND LIPSKI. (*Koberts Görbersdorfer Veröffentlichungen.* 1898. I.) Nach exakten, zum Teil sehr mühevollen Untersuchungen kommt Verfasser zu dem Schlufs, dafs eine physiologische, pharmakologische und pathologische Siderose giebt. Als Träger des Eisens fungieren die polynukleären Leukocyten. Bei der pathologischen Siderose stammt das abgelagerte Eisen stets aus zersetztem Blut. Bei der pharmakologischen kann es, falls Eisen eingeführt worden war, aus diesem direkt stammen; falls kein Eisen eingeführt war, stammt es gleichfalls aus zersetztem Blutfarbstoff. Das bei der physiologischen Siderose in gewissen Organen nachweisbare Eisen kann vielleicht aus der Nahrung stammen. Ein gröfserer Teil stammt gleichfalls aus Hämoglobin. Physiologische Siderose kann sich in der Milz und im Knochenmarke finden. Bei vielen die Vitalität der Blutkörperchen schädigenden Krankheiten wird das Eisen in grofser Menge aus dem Hämoglobin des Blutes frei und zumeist in der Leber abgelagert, dann aber durch Leukocyten in die Milz transportiert. Sehr wichtig ist die Siderose der Tuberkulosen. Da diese Kranken bereits einen Überschufs von locker gebundenem Eisen im Körper haben, so darf man ihnen nicht die Eisenpräparate der Pharmakopoe reichen; will man ihnen dennoch Eisen zuführen, so mufs dies in festgebundener Form geschehen, z. B. als Hämogallol. Die Tuberkulose-Siderose kann auch durch Einspritzen von Tuberkulin erzeugt werden. *Leistikow-Hamburg.*

Über das Entfernen von Tätowierungen, von C. T. Hansen-Kopenhagen. (*Hospitals Tidende.* 1897. No. 45.) Nach allgemeinen Bemerkungen über Tätowierungen (die zur Zeit in den höheren Kreisen in London modern sein sollen), werden die verschiedenen Mittel und Methoden besprochen, die man versucht hat, um sie zu entfernen. Als Sekundärarzt am Vestre-Hospital (Prof. Berch) hat Verfasser eine Reihe von Abtätowierungsversuchen an Scorta vorgenommen (im ganzen an 50 Tätowierungen bei 24 Kranken) und ist, nachdem er die verschiedenen Methoden versucht hat, bei Variots Übertätowierungsmethode stehen geblieben, doch mit Anwendung von Braults Chlorzinklösung wegen der geringeren Schmerzhaftigkeit und der geringeren Reaktion derselben, und hat hierdurch glatte, weiche und wenig hervortretende Narben erhalten.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Mißbildungen.

Ein diffuser, sich ausbreitender oberflächlicher Naevus, von White. (*Scott. Med. a. Surg. Journ.* April 1897.) Die 45jährige Patientin, welche an einem Herzfehler litt, bemerkte den Naevus zuerst vor 24 Jahren, 2 Jahre nach Beginn des Herzfehlers, der auf ein heftiges Erschrecken zurückgeführt wurde. Er zeigte sich zuerst am linken Oberarm und an der linken Thoraxseite, später breitete er sich auch über das Gesicht aus und bestand aus kleinen dunkelroten Punkten, angeordnet als Flecken und Streifen.

F. Hahn-Bremen.

Ulcerierender Naevus der Lippe bei einem Kinde, der zu einer Hasenscharte führte, von Brandt. (*New York med. Journ.* 19. Juni 1897.) Bei der Geburt hatte das Kind einen oberflächlichen Naevus an der linken Seite der Oberlippe, der bald rapide anfing zu wachsen und nach 12 Tagen die ganze Oberlippe bis zum Lippenrot einnahm. Am 21. Tage begann er weich zu werden, und plötzlich platzte die ganze Lippe auseinander, während das Kind schrie, so daß eine komplette Hasenscharte mit eiternden Rändern entstand. Allmählich begann aber die geschwürige Fläche ein besseres Aussehen zu bekommen und Vernarbung trat spontan ein. Verfasser will bei dem jetzt 17 Monate alten Kinde ruhig abwarten, wieweit diese spontan zur Heilung des Naevus führt, und dann den Defekt operativ schließen. *F. Hahn Bremen.*

Ein seltener Fall von Naevus pigmentosus, von Sprecher-Turin. (*Internat. photogr. Monatsschr. f. Med.* August 1897.) Wie an zwei beigegebenen Photographien zu ersehen ist, erstreckt sich bei dem vierjährigen, sonst gesunden und aus einer gesunden Bauernfamilie stammenden Mädchen diese Hautanomalie über den ganzen Rücken bis zum Gesäß, den oberen Teil der Schultern, Hals, Brust und Arme. Die Farbe des Naevus ist im allgemeinen braungrau, letzteres Kolorit herrscht am medianen Teile des Rückens vor, wo auch ziemlich starke Abschuppung vorhanden ist; die ganze Oberfläche des Naevus ist bedeckt mit 4—8 cm langen, kastanienbraunen Haaren. Außer diesem großen Naevus sind noch ein etwas kleinerer am linken Hinterbacken und einer an der unteren und äußeren Seite des rechten Oberschenkels von derselben Beschaffenheit und außerdem noch zerstreut über die übrige Körperoberfläche 356 Naevi von Punktform bis Thalergröße vorhanden. Zu erwähnen ist, daß die Mutter des Kindes im sechsten Monate ihrer Schwangerschaft einen großen Schrecken durchmachte und von da ab sie die Idee nicht mehr verließ, ihr Sprößling käme voll Flecken und mißgestaltet zur Welt; bei den ersten Zeichen der Geburt war sie von ihrer Ansicht noch so durchdrungen, daß sie sich allein in ihr Zimmer einschloß, und wirklich gab sie da dem mit einem besonders großen Naevus behafteten Mädchen das Leben, welches im übrigen trefflich gedieh, reiches Kopfhaar, gute Zähne bekam und überhaupt keine weitere Anomalie bekam. *Stern-München.*

Verschiedenes.

Eine eigenartige Angina infolge von Glossitis, von Mode. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 36.) Verfasser beobachtete bei einem 18jährigen Mädchen eine von der Zungenwurzel ausgehende Glossitis parenchymatosa, welche anfangs eine typische Mandelentzündung vortäuschte, darauf sich nach vorn ausbreitete und zuletzt nach Rückgang der starken Schwellung der ganzen Zunge und des Mundbodens nur noch die Symptome einer superficiellen Glossitis darbot. Starke Schwellung der Kieferdrüsen, heftige Ohrenschmerzen, Freisein der Mandeln. Die Ätiologie blieb unklar. Verlauf fast völlig fieberfrei. Therapie expektativ (warme Umschläge, Gurgeln und Mundspülen, Bepinseln der Zungenerosionen mit 10% Borsäureglycerin).

J. Bloch-Berlin.

Mykosis oropharyngalis, von Lincoln-New York. (*Med. News*, 30. April 1898.) B. Fränkel beschrieb 1873 zuerst unter dem Namen „Mykosis tonsillaris benigna", Hening späterhin als „Pharyngomykosis leptothrica" eine durch Pilzformen in den tieferen Teilen des Mundnasenrachenraumes erzeugte Krankheit, die gar nicht so selten vorkommt und von der der praktische Arzt mehr Fälle zu sehen bekommt als der Spezialist, weil die Erscheinungen meist wenig bedrohlich und vorübergehend sind. Lincoln berichtet über drei Fälle der Affektion. Die Fälle betrafen zwei männliche und eine weibliche Kranke, die, im mittleren Alter stehend, sich sonst einer trefflichen Gesundheit erfreuten. Dauer des Leidens in dem einen Fall etwa 1½ Jahr trotz innerlicher und lokaler Therapie. Befallen waren die Tonsillen, Zungengrund, weicher Gaumen, der Raum zwischen Aryfalten und die Epiglottis. In den Pilzmassen findet sich stets der Leptothrixpilz, daneben zuweilen Oidium albicans, der Micrococcus der Nigrities linguae u. a. Disponierende Wirkung haben: katarrhalische Zustände, Dyspepsie, saure Beschaffenheit des Speichels, Zahncaries u. s. w. Wahrscheinlich entwickeln sich die Leptothrixsporen in den Schleimhautkrypten. Ihre Produkte und die anderer dazukommender Pilze bilden nun die Affektion. Subjektive Symptome stets gering: Kratzen, Rauhigkeit im Hals, Hüsteln, Trockenheit, zuweilen Schmerzempfindungen. Spontane Heilung, obwohl möglich, läfst lange auf sich warten. — Therapie: lokale Anwendung von chlorsaurem Kalium, Borax, absolutem Alkohol, Ferrum sesquichloratum, Lapis und Sublimat. Excision. Galvanokaustik. Letztere ist radikal, daneben Pyoktanin als ausgezeichnetes Antisepticum, das nicht reizt und schmerzstillend wirkt.

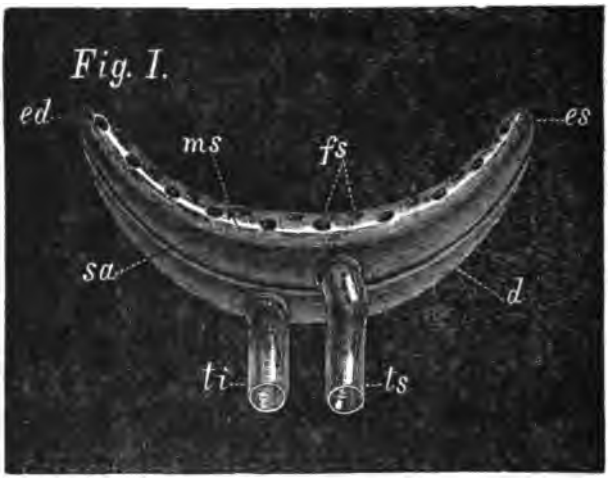
Hopf-Dresden.

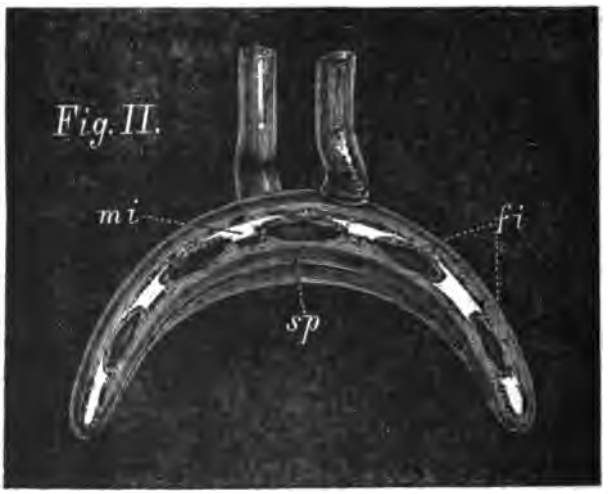
Leukoplakia pharyngis non specifica, von Rosenberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 18.) Die Tonsillen, Gaumenbögen, Uvula und Velum des 40jährigen, ganz gesunden Herrn zeigten eine weifsliche Verfärbung, teilweise wie weifser Samt, teilweise schimmerte das Kolorit der Schleimhaut durch; die affizierte Partie war von einem roten Hof umgeben. Die Erkrankung war weder luetisch, noch liefs sie sich als Pharyngomykosis ansprechen. Heilung erfolgte in 14 Tagen durch Ätzungen mit Chromsäure in Substanz.

F. Hahn-Bremen.

Der Mundspüler des Prof. Giov. D. Ajutols-Bologna. (*Zeitschr. f. med. Wiss.* Bologna, Oktober 1898.) Um die Mundhöhle energisch zu desinfizieren, soll das einfache Spülen nicht genügen, ja sogar schaden. Verfasser giebt daher zu dem Zwecke

einen besonderen Apparat, mittelst dessen man die Mundhöhle strahlenförmig auswaschen kann. Der Apparat, von dem zwei Röhren ausgehen, wird in den Mund genommen, der Mund fest geschlossen, die eine Röhre mit dem Irrigator verbunden. Hebt man diesen an, dann strömt ein energischer Strahl der Spülflüssigkeit in den Mund und aus diesem durch das andere Rohr in ein beliebiges Ge-





fäfs. Eine Reihe von Ve... teilen rühmt Verfas... diesem Verfahren na... das prophylaktisch u... therapeutisch Verwendu... finden soll. Erfolge werd... besonders bei Stomatitis mercurialis gemeldet. Gekochtes Wasser ohne oder m... Borax, Kalium permanganicum, Natr. bicarbonicum etc. sollen benutzt werden. Bezu... quelle: H. Pfau, Berlin NW., Dorotheenstr. 67. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

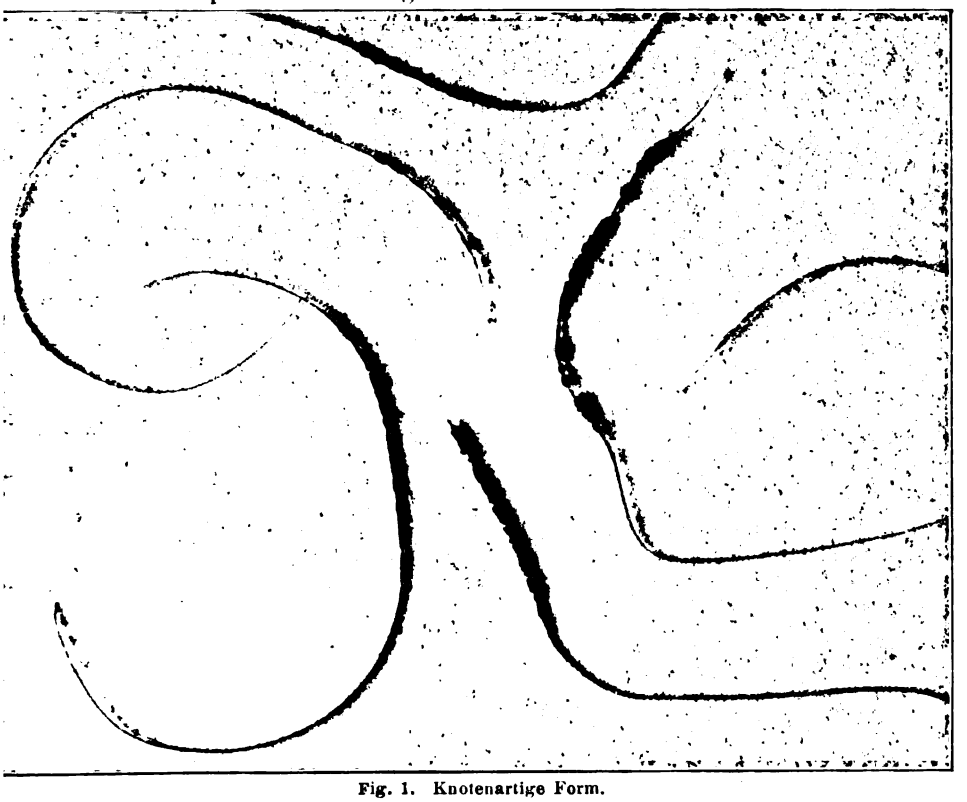


Fig. 1. Knotenartige Form.

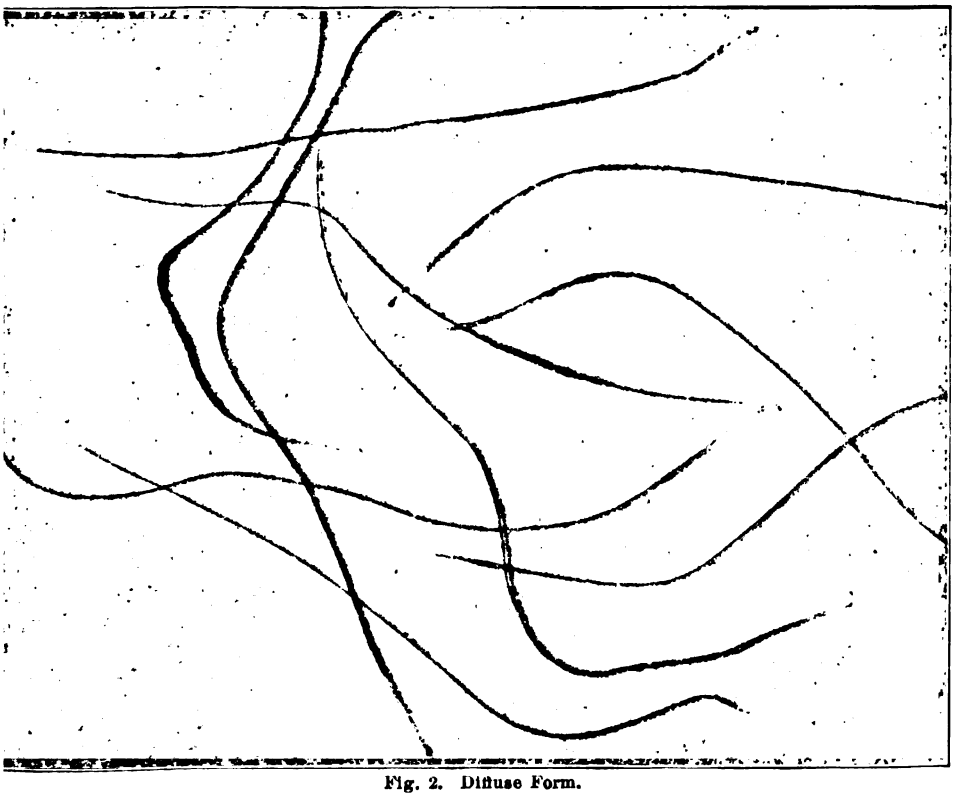


Fig. 2. Diffuse Form.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVII. No. 12. 15. Dezember 1898.

Aufgaben und Ziele einer Geschichte der Hautkrankheiten im Altertum.

Von

Dr. Iwan Bloch-Berlin.

Sì; la scienza ha una vita, e questa vita è nella storia
Puccinotti, Storia della Medicina. 1870. I, pag. 4.

Gelegentlich einer historischen Untersuchung über den Aussatz bei den Alten, deren Resultate ich später veröffentlichen werde, boten sich mir ganz von selbst einige Gesichtspunkte dar, die mir für die ganze Methodik der auf das Altertum sich beziehenden dermatologisch-historischen Studien von solcher Wichtigkeit zu sein scheinen, dafs ich sie in dieser kleinen einleitenden Skizze gesondert erörtern möchte.

Vorweg spreche ich als meine Überzeugung aus, dafs keine medizingeschichtliche Arbeit von objektiven und subjektiven Irrtümern frei ist, wie das die schwierige und verwickelte Natur aller derartigen Untersuchungen mit sich bringt. Wie jede Wissenschaft mufs auch die Geschichte der Heilkunde in ihren einzelnen Teilen immer wieder von neuem bearbeitet werden. So allein kann und wird die fortschreitende Klärung der Ansichten und Thatsachen gewonnen werden. Gewifs werden meine Anschauungen eine Fülle solcher Irrtümer enthalten, deren Berichtigung mich nur zu grofsem Danke verpflichten würde, zumal da es nach Rosenbaum[1] überaus schwer ist, in der eigenen Arbeit Fehler zu entdecken.

Diese Bemerkung gilt mehr oder weniger für alle medizin-historischen Untersuchungen. Weshalb aber ist gerade das Studium der Geschichte der Hautkrankheiten besonders schwierig? Vielleicht lassen sich mit Recht folgende Gründe dafür anführen:

1. Auf keinem Gebiete der Medizin tritt — nach dem treffenden Ausdruck von J. G. Rademacher — uns die „unergründliche, unbeschreib-

[1] In der Vorrede zur 4. Auflage von K. Sprengels „Geschichte der Arzneikunde". 1846, pag. VII.

bare, proteische Krankheitsbildnerei der Natur", von der „alle pathologischen und therapeutischen Lehrbücher nur ungeschlachte Schattenrisse" geben, so entgegen wie bei den Hautkrankheiten. Einerseits ist die klinische Erscheinungsweise einzelner jetzt festumschriebener Typen so vielgestaltig, flüchtig und veränderlich, dafs es erst in der Neuzeit möglich geworden ist, bestimmte Begriffe, wie z. B. den des Ekzems, durch Beobachtung und Experiment wenigstens annähernd zu fixieren. Andererseits weist kein Krankheitsgebiet so viele Varietäten, Abarten und Raritäten auf wie dasjenige der Dermatologie.

2. Der Einfluſs von Lebensweise, Kultur, Klima und Rasse (weniger von Alter und Geschlecht) auf Entstehung, Verbreitung und Zahl der Hautkrankheiten ist auch heute noch in Dunkel gehüllt. Eine nähere Kenntnis dieser wichtigen biologischen und physikalischen Faktoren würde auch die historische Forschung ungemein fördern.

3. Uns fehlt vollständig eine auf genaue vergleichend-etymologische und genetische Untersuchungen gestützte Terminologie der Hautkrankheiten.

Diese Gründe erklären einigermafsen die Schwierigkeiten, mit welchen eine Geschichte der Dermatologie überhaupt zu kämpfen hat. Wer aber diese Geschichte ab imis fundamentis darzustellen im Sinn hat und sich demgemäfs zunächst mit dem Altertum beschäftigt, mufs sich über weitere hier speziell zu lösende Aufgaben klar werden. Es soll

4. nach ROSENBAUM[1] und JANOVSKY[2] die Effloreszenzenlehre unter dem Banne humoralpathologischer Lehren im Altertum sehr geringe Beachtung gefunden haben. Daher die aphoristische Ausdrucksweise und die unbestimmte Charakteristik der einzelnen Morphen.

5. Es soll ferner den Alten der Begriff einer „konstitutionellen" Erkrankung fehlen (JANOVSKY l. c., pag. 67).

6. Für eine genaue Erforschung der Hautkrankheiten im Altertum ist die Kenntnis der orientalischen Sprachen, insbesondere des Sanskrit, unentbehrlich (JANOVSKY l. c., pag. 63).

7. Mancherlei Angaben über Hautkrankheiten finden sich bei nichtmedizinischen Schriftstellern und sind daher mit doppelter Vorsicht aufzunehmen.

8. Besondere soziale Verhältnisse spielen gerade bei der Auffassung der Hautkrankheiten im Altertum eine beachtenswerte und für die Deutung wichtige Rolle. (Theokratie bei den Juden; religiöse Prostitution bei Orientalen, Hellenen und Römern.)

---

[1] J. ROSENBAUM, Zur Geschichte und Kritik der Lehre von den Hautkrankheiten. Halle, 1844, pag. 1.

[2] Beiträge zur Geschichte der Dermatologie. *Deutsches Archiv für Geschichte der Medizin.* 1885. Bd. VIII, pag. 61.

9. Die poetische und symbolisierende Ausdrucksweise in den ältesten Schriften (Babylonier, Bibel, Hieroglyphen) macht häufig jede bestimmte Deutung unmöglich (Krankheit Hiobs).

10. Im Altertum herrschten vielleicht manche heute verschwundenen Krankheitsformen, waren manche heute vorhandenen unbekannt.

11. Die Virulenz derselben ansteckenden Krankheiten kann im Altertum verschieden gewesen sein von derjenigen in neuerer Zeit.

12. Viele wertvolle dermatologische Schriften sind verloren gegangen oder nur noch in Fragmenten erhalten (KLEOPATRAS *κοσμητικόν*, THEMISONS Buch über den Aussatz, des APOLLONIUS NYS Werk über Salben, des THEOPHRASTUS von Eresus Abhandlung über den Schweifs).

Angesichts dieser zahlreichen Hemmnisse, welche einer historischen Untersuchung über die Hautkrankheiten im Altertum überall entgegentreten, warf sich mir ganz von selbst die Frage auf: Giebt es eine Möglichkeit, diese Schwierigkeiten zu überwinden?

Nichts war natürlicher, als dafs ich zunächst Umschau hielt auf dem Gebiete der immer noch recht spärlichen, das Altertum betreffenden, dermatologisch-historischen Litteratur, vorzüglich des 19. Jahrhunderts, ohne etwa frühere Schriftsteller wie den trefflichen HENSLER[4] und GRUNER[5] zu vernachlässigen. Abgesehen von den wertvollen Beiträgen zur Geschichte der antiken Dermatologie von HAESER,[6] SCHNURRER,[7] HIRSCH,[8] F. A. SIMON,[9] NEBEL,[10] BATEMAN,[11] RAYER,[12] v. BAERENSPRUNG,[13] KAPOSI,[14] NEUMANN,[15]

---

[4] PH. G. HENSLER, Vom abendländischen Aussatze im Mittelalter. Hamburg, 1790. — Geschichte der Lustseuche. Bd. I. Altona, 1783. — Programma de Herpete seu Formica veterum etc. Kiel, 1801, u. a. m.

[5] CHR. G. GRUNER, Morborum antiquitates. Vratisl, 1774, u. a. m.

[6] H. HAESER, Historisch-pathologische Untersuchungen. 2 Teile. Dresden und Leipzig, 1839 u. 1841. — Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidem. Krankheiten. 3 Bde. 1875—1882; an vielen Orten.

[7] FR. SCHNURRER, Chronik der Seuchen. 2 Teile. Tübingen, 1823—1825.

[8] A. HIRSCH, Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. 2 Bde. Erlangen, 1860—1862. 2. Aufl. 3 Bde. 1881—1886.

[9] F. A. SIMON, Versuch einer kritischen Geschichte der verschiedenartigen, besonders unreinen Behaftungen der Geschlechtsteile u. s. w. 2 Bde. Hamburg, 1830 bis 1831, u. a. m.

[10] E. NEBEL, Antiquitates morborum cutaneorum. Dissert. inaug. Giefsen, 1793.

[11] TH. BATEMAN, Praktische Darstellung der Hautkrankheiten, übersetzt von A. HAHNEMANN. Halle, 1815. — Wertvoller historischer Kommentar mit Verbesserungen von KURT SPRENGEL. Die spätere Übersetzung von BLASIUS, Leipzig, 1835, enthält weniger historische Notizen.

[12] P. RAYER, Theoretisch-praktische Darstellung der Hautkrankheiten, übersetzt von H. STANNIUS. 3 Bde. Berlin, 1837—1839.

[13] F. v. BAERENSPRUNG, Die Hautkrankheiten. 1. Lief. Erlangen, 1859, pag. 1—30.

[14] M. KAPOSI in „Lehrbuch der Hautkrankheiten" von F. HEBRA u. M. KAPOSI. Erlangen, 1872—1876. (Zahlreiche historische Bemerkungen.) — Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 4. Aufl. Wien u. Leipzig, 1893, pag. 2—19.

[15] I. NEUMANN, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 4. Aufl. Wien, 1876, pag. 1 bis 12 u. a. m.

Janovsky,[16] Friedberg,[17] Geigel,[18] Eisenmann,[19] Tarnowsky,[20] Lang,[21] Finger,[22] Müller,[23] Buret,[24] Münch,[25] Virchow,[26] Sack,[27] Puschmann,[28] v. Oefele,[29] J. Preuss,[30] Pagel[31] und zahlreichen anderen sind als weitaus bedeutendste Autoren auf diesem Spezialgebiete J. Rosenbaum[32] und J. K. Proksch[33] zu nennen, welche durch Genauigkeit und Gewissen-

---

[16] V. Janovsky, l. c.

[17] H. Friedberg, Die Lehre von den venerischen Krankheiten in dem Altertume und Mittelalter. Berlin, 1865.

[18] A. Geigel, Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis. Würzburg, 1867.

[19] G. Eisenmann, Der Tripper in all seinen Formen u. s. w. Erlangen. 1830. Bd. I.

[20] B. Tarnowsky, Vorträge über venerische Krankheiten. Berlin, 1872.

[21] E. Lang, Der venerische Katarrh. Wiesbaden, 1893. — Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden, 1896 (vielfach nach Proksch).

[22] E. Finger, Die Blennorrhoe der Sexualorgane u. s. w. Leipzig u. Wien, 1896.

[23] F. W. Müller, Die venerischen Krankheiten im Altertum. Erlangen, 1873.

[24] F. Buret, La syphilis aujourd'hui et chez les anciens. Paris, 1890.

[25] G. Münch, Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Hamburg, 1893, u. a. m.

[26] R. Virchow, Die von Dr. Ashmead (New York) aufgefundenen krankhaften Darstellungen an alt-peruanischen Thonfiguren. *Mitteil. u. Verhandl. d. internat. wissensch. Lepra-Konf.* Berlin, 1897, pag. 79. — Das Alter der Syphilis in Ostasien. *Virchows Archiv.* Bd. 53. Berlin, 1871. pag. 137, u. a. m. (Wertvolle Beiträge auch in „Die krankhaften Geschwülste". 3 Bde. 1863–67.)

[27] A. Sack, Was ist die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. *Virchow Archiv.* Bd. 144. Suppl. 1896. pag. 201. (Mit Beziehung auf Katzenelson).

[28] Th. Puschmann, Die Theorie vom amerikanischen Ursprunge der Syphilis. *Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 25/26. — Ferner durch seine klassische, auch für die Geschichte der Dermatologie, insbesondere der Haarkrankheiten wichtige Edition und Übersetzung des Alexander von Tralles. Wien, 1878—1879. 2 Bde.

[29] F. v. Oefele, Vorhellenische Medizin Kleinasiens. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 30. Heft 5 u. 6. — Erster Versuch einer Geschichte der phönikischen Medizin. *Janus.* 1897. Bd. I. pag. 527—534. — Die zahlreichen anderen Arbeiten dieses gelehrten Forschers, die zum Teil nur mimeographiert sich in den Händen der Interessenten befinden, können hier nicht namentlich erwähnt werden.

[30] J. Preuss, Der Arzt in Bibel und Talmud. Eine historische Studie. *Virchows Archiv.* 1894. Bd. 138. — Die männlichen Genitalien und ihre Krankheiten nach Bibel und Talmud. *Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 12 u. Forts. (S.-A.) u. a. m. — Die Forschungen dieses verdienstvollen Autors zeichnen sich durch einen kaum noch zu übertreffenden Grad von Zuverlässigkeit aus und werden für die Geschichte der Dermatologie höchst wertvolles Material bieten.

[31] J. Pagel, Geschichte der Medizin. 2 Bde. Berlin, 1898. Ausgezeichnet durch Geist und Art der Darstellung. Der zweite Teil „Historisch-medizin. Bibliographie für die Jahre 1875—1896" ist unentbehrlich für jede medizingeschichtliche Untersuchung. — Ferner zahlreiche auch für die Geschichte der Dermatologie wichtige Dissertationen unter Pagels Ägide, meist auf die mittelalterliche Medizin, das eigentliche Forschungsgebiet des Verfassers sich beziehend. — Am 13. Juni 1896 hat der hervorragende Medizinhistoriker in der Berliner Königl. Bibliothek die bisher verschollene Weigelsche Kopie der letzten acht Bücher des Aëtius im griechischen Original nebst einem älteren Pariser Codex des 16. Jahrhunderts und zahlreichen Varianten wieder entdeckt (vergl. Pagel l. c. I, pag. 143). Es finden sich in dem Manuskripte zahlreiche auf die Dermatologie sich beziehende, bisher in der Ursprache noch nicht bekannte Kapitel, deren kritische Bearbeitung und Veröffentlichung mir Herr Prof. Pagel gütigst überlassen hat, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen Dank ausspreche.

[32] J. Rosenbaum, Geschichte der Lustseuche im Altertume. 6. Aufl. Halle, 1893, u. a.

[33] J. K. Proksch, Die Geschichte der venerischen Krankheiten. I. Bonn, 1895. — Die Litteratur über die venerischen Krankheiten. Bonn, 1889—91. 3 Bände und Register. — Ferner zahlreiche Abhandlungen zur Geschichte der venerischen Krankheiten.

haftigkeit ihrer quellenmäfsigen Forschungen über die Geschichte der venerischen Krankheiten und ähnlicher Hautübel im Altertum unübertroffen sind. HAESER[34] würde sein Urteil über ROSENBAUMS Geschichte der Lustseuche: Opus doctissimum, in fronte literatura syphilidis historica instructum, auch angesichts des neuen Buches von PROKSCH mit Beziehung auf dieses wiederholt haben. Beider Werke wird niemand bei Untersuchungen über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Altertum entbehren können. Meine Hochachtung vor diesen hervorragenden und verehrungswürdigen Meistern dermatologisch-historischer Forschung hat nicht die geringste Einbufse dadurch erlitten, dafs ich im Verlaufe meiner Untersuchungen zu teilweise abweichenden Anschauungen gelangt bin. Denn es läfst sich nicht leugnen, dafs beide Autoren, insbesondere ROSENBAUM, viele der obengenannten, eine genaue Beurteilung der Hautkrankheiten des Altertums erschwerenden Hindernisse durch eine mehr oder weniger subjektive Deutung aus dem Wege zu räumen suchten. Ich verweise hierfür auch auf UNNAS[35] kritische Besprechung des Monumentalwerkes von PROKSCH.

Da nur mit Hülfe gewisser leitender Forschungsprinzipien eine Aufhellung vieler Dunkelheiten möglich ist, da keiner der obengenannten Autoren solche Prinzipien entwickelt hat, so war ich gezwungen, nach ihnen zu suchen und ihre Brauchbarkeit an bestimmten Beispielen festzustellen. In einer Recension von PAGELS Geschichte der Medizin im *Janus* wies ich auf die bedeutsamen Worte von DROYSEN[36] hin, dafs man vor allem in der historischen Forschung sich bemühen müsse, objektive Mafse und Kontrollen zu gewinnen. Denn unsere Auffassung menschlicher Dinge, der Vergangenheit und der Anschauungen anderer ist stets unmittelbar und subjektiv. Wenn wir uns also dieser Subjektivität entäufsern wollen, müssen wir uns jene von DROYSEN verlangten objektiven Mafse und Kontrollen zu verschaffen suchen. „Denn nur das scheint der Sinn der vielgenannten historischen Objektivität sein zu können."

Welches sind nun diese objektiven Mafse und Kontrollen in der medizingeschichtlichen, speziell für unsere Zwecke in Betracht zu ziehenden dermatologisch-historischen Forschung? Ich glaube folgende als solche ansprechen zu können:

1. Nur Originalien, nicht Citate und Übersetzungen dürfen für medizingeschichtliche Untersuchungen benutzt werden.

Über diesen Punkt hat sich besonders PROKSCH[37] ausgesprochen, vor

---

[34] H. HAESER, Bibliotheca epidemiographica. Jena, 1843, pag. 12.
[35] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XX, No. 8, pag. 441.
[36] J. G. DROYSEN, Grundrifs der Historik. Leipzig, 1882, pag. 88.
[37] Zur Propädeutik für medizinische Schriftsteller. *Med.-chir. Centralbl.* 1897. No. 25. — Über medizin. Geschichtsforschung u. Geschichtsschreibung. Ib. 1897. No. 12.

ihm ROSENBAUM in seiner klassischen Vorrede zur vierten Auflage des SPRENGELschen Geschichtswerkes.

Der Gebrauch, den GALEN nach der in der KÜHNschen Ausgabe beigedruckten lateinischen Übersetzung, statt nach dem griechischen Originale zu citieren, ist nicht streng genug zu tadeln. Für dermatologisch-historische Studien bedeuten Citate nach Übersetzungen den Verzicht auf jede tiefere wissenschaftliche Erkenntnis. Damit kann z. B. auch den so anziehend geschriebenen, in dieser Zeitschrift veröffentlichten „Historischen Streifzügen" von M. COHN, der HIPPOKRATES nur in der Übersetzung von FUCHS benutzt hat, ein wissenschaftlicher Wert nicht zugesprochen werden. Auch MÜNCH hat seine Zoraathstudie ohne Kenntnis des Hebräischen unternommen. Andererseits kann selbstverständlich eine möglichst wortgetreue, mit kritischem Verständnis des Originals unternommene Übersetzung wie die oben erwähnte treffliche Verdeutschung des HIPPOKRATES durch FUCHS dem Historiker recht gute Dienste leisten, besonders wenn es neben verschiedenen Originalausgaben des betreffenden Schriftstellers auch verschiedene Übersetzungen giebt. Nur mufs stets der Originaltext der Ausgangspunkt des Studiums sein.

Man nehme dann eine möglichst objektive Analyse der betreffenden Originalstelle vor, wobei man auf ihren Zusammenhang mit den vorhergehenden und nachfolgenden Erörterungen achte. Nicht nur wird dadurch das Verständnis erleichtert, sondern auch die scheinbar überflüssige Lektüre durch überraschende Funde belohnt. So entdeckte ich beim Nachschlagen der bekannten Stelle im PLUTARCH über das Auftreten des Aussatzes (Sympos. VIII, 9) im Schlusse des Kapitels eine, soweit ich orientiert bin, den Medizinhistorikern bisher noch nicht bekannte Äufserung, die den Aussatz mit der Nahrung in Zusammenhang bringt (fast 100 Jahre vor GALEN).

2. Man mache sich zum Grundsatz, von dem Bekannten und sicher Festgestellten auszugehen, um von hier aus allmählich das Unbekannte und Zweifelhafte aufzusuchen.

Nicht die Zoraath der Bibel, nicht des HIPPOKRATES, Pseudo-AESCHINES, ARISTOTELES, PLINIUS und CELSUS Äufserungen über den Aussatz können zum Ausgangspunkt einer Geschichte dieser Krankheit dienen, wie dies besonders in Beziehung auf die Zoraath geschehen ist, die man seit langer Zeit zum Lieblingsgegenstand der Untersuchung machte und in unzähligen weitläufigen Schriften erörterte, wobei das Wort LICHTENBERGS über ATHANASIUS KIRCHER sich bewahrheitete, dafs aus jeder Feder gleich ein Foliant floss. Die Geschichtsschreibung des Aussatzes hat mit ARETAEUS von Kappadocien zu beginnen. Nicht die von theokratischen Auffassungen durchwobene Schilderung der Zoraath, nicht die für sich allein unverständlichen Andeutungen des

Hippokrates, nicht die Äufserungen von Laien wie Herodot, Aristoteles, Plinius, Plutarch u. a., nicht die zwar klare, aber nur dem mündlichen Berichte und der Beschreibung anderer verdankte Schilderung des Celsus können einen sicheren Ausgangspunkt für historische Untersuchungen über den Aussatz abgeben. Dies ist erst der Fall bei Aretaeus von Kappadocien, der aus eigener Beobachtung die anschaulichste und künstlerisch vollendetste Beschreibung der Krankheit giebt, die wir besitzen.[38] Hier bewegen wir uns auf sicherem und festem Boden. Von hier aus können wir die Entwickelungsgeschichte des Aussatzes zurückverfolgen und endlich mehr Klarheit über die Stellen bei früheren Schriftstellern verbreiten. Näheres über den Aussatz bei den Alten folgt später. Nur so viel sei hier angedeutet: Bei den Juden hat ganz gewifs der wahre Aussatz geherrscht! Schriftsteller, die dies leugnen, haben entweder auf rein philologisch-kritischem Wege eine Lösung zu erreichen versucht oder doch nur dem vorliegenden Text allein eine bestimmte Krankheitsdeutung entnommen. Wir haben mit voller Benutzung philologischer Kritik und nach eingehender Prüfung der jeweiligen Krankheitsbilder ganz andere Wege verfolgt und die Bahnen der Geschichte, der Ethnologie, der vergleichenden Sprachwissenschaft und historisch-geographischen Pathologie gleichmäfsig betreten. Vielleicht haben wir geirrt. Aber es sind neue Wege, auf denen ein anderer nach uns mit glücklicherem Erfolge wandeln kann.

In einer Schrift von 167 Seiten hat Münch den Aretaeus nur ein einziges Mal (auf Seite 88) ganz flüchtig erwähnt, sonst dessen klassische Beschreibung überhaupt nicht benutzt. Gewifs bilden die Ausführungen Münchs eine höchst wertvolle Materialiensammlung und bieten auch viele neue Gesichtspunkte wie jede ernsthafte historische Arbeit. Aber durch die grundsätzliche Vernachlässigung wichtigster Dokumente zur Geschichte des Aussatzes kann man niemals zu objektiven und sicheren Urteilen gelangen.

3. Die allgemeinen kulturgeschichtlichen und sozialen Verhältnisse des Altertums müssen noch mehr als bisher für medizinhistorische Forschungen herangezogen werden.

Einige Beispiele werden dies für unser Thema deutlich illustrieren.

Sehr wichtig ist für die Beurteilung der Krankheiten in der Bibel das Verhältnis der Priester zu Kranken und Krankheiten. Die biblische Medizin zeigt durchweg theokratischen Charakter. Dies mufs

[38] Wenn neuerdings M. Wellmann in seiner schönen Arbeit „Die pneumatische Schule bis auf Archigenes“ (Philolog. Unters., herausgeg. von A. Kiessling und U. v. Wilamowitz-Moellendorff, Berlin 1895) mit z. T. anfechtbaren Beweisgründen den Archigenes als Quelle des Aretaeus hinstellt, so kann dies meine Überzeugung nicht erschüttern, dafs eine so plastische Darstellung wie die des Aretaeus nur eigener Beobachtung entsprungen sein kann.

stets bei der Beurteilung und Deutung der einzelnen Krankheiten in Betracht gezogen werden. Gewifs sind wirklich existierende Krankheitsbilder beschrieben worden, denen aber in priesterlichem Interesse manche subjektiven Merkmale hinzugefügt wurden. In der Recension des Werkes von PROKSCH hat UNNA den Gedanken ausgesprochen, dafs Zoraath von den Priestern zur Erreichung bestimmter Zwecke erfunden worden sei. Wenn man nun auch nicht ganz so weit gehen will, mufs man jedenfalls der Priesterlist einen nicht unbedeutenden Anteil an der Schilderung der Zoraath zuschreiben. Der beste Beweis dafür ist die Geschichte des Königs Usia, der im Kampf mit den Priestern lebte. Er wurde dadurch unschädlich gemacht, dafs die Priester ihn für aussätzig erklärten. Dies geht mit Sicherheit aus der Lektüre der biblischen Stelle (II. Chron. C. XXVI, 19 ff.) und aus der Zusammenstellung der einzelnen Momente bei GRAETZ[39] hervor. Man darf mit Recht daraus auf ähnliche Präcedenzfälle schliefsen und mufs daher bei jeder Bearbeitung der biblischen Krankheiten diesen Punkt berücksichtigen.

Ebenso wichtig für die Geschichte der Hautkrankheiten ist ferner die religiöse Prostitution. Schon ROSENBAUM hat ihr in seinem klassischen Werke mehrere ausführliche Kapitel gewidmet. Seitdem hat aber die archäologische Forschung über die Venus-, Phallus- und Isiskulte, über die verschiedenen Mysterien grofse Fortschritte gemacht und manches Neue zu Tage gefördert, welches unsere Bemühungen fördern kann. Ich erinnere nur an die 1891 entdeckten Mimiamben des HERONDAS, aus welchen ich demnächst einiges mitteilen werde.

4. Die gemeinsame ethnologische Grundlage vieler medizinischer Anschauungen bei verschiedenen Völkern mufs festgestellt werden.

Hier eröffnet uns die von A. BASTIAN begründete Völkerpsychologie, die Lehre von den „ethnischen Elementargedanken" die glückliche Aussicht auf eine wahrhaft philosophische Urgeschichte der Krankheiten.

Wie auf Ceram bei Epidemien ein kleines Schiff ins Meer gelassen wird, wohin auch die Nikobarer ihre dämonisch geschwängerten Schiffchen senden, wie in Siam die „Krankheitsteufel" vom Flusse fortgespült werden, wie im römischen Altertum das Isidis navigium das Unheil entführt, bei den Sueven (TACITUS), den Ripuariern das „infausti ominis monstrum" von Ort zu Ort gezogen wird und noch bis 1530 in Ulm das Herumfahren des „Pflugs oder mit den Schiffen" am Nikolaustage üblich war, so wird auch im Atharvaveda die äufserlich sichtbare Hautkrankheit fortgeführt.[40]

[39] H. GRAETZ, Geschichte der Juden. 1877. Bd. II, Teil 1, pag. 101.

[40] Vergl. A. BASTIAN, Allgemeine Grundzüge der Ethnologie. 1884, pag. 62 u. 119. Als erster bedeutender Versuch einer Ethnologie der Heilkunde darf die „Medizin der Naturvölker" von M. BARTELS, Leipzig 1893, gelten.

Der Regenbogen ist ein böser Dämon in Neuseeland, in Indien, in Dahomey. Bei den Zulus vergiftet der Regenbogen die Menschen, indem er sie mit Aussatz schlägt.[41]

Bei den Mintiras der malayischen Halbinsel hat jede Krankheit ihren bösen Geist, den „Hantu". So bewirken die „Hantu kalumbahau" die Kinderpocken. Die Orang Laut auf derselben Halbinsel bestreuen die Zugänge zu einem Orte, wo die Blattern ausgebrochen sind, mit Dornen und Reisern, um die Dämonen abzuhalten.[42] „Iugah Pennu" heifst die Blatterngottheit bei den Khonds von Orissa, die durch übelriechendes auf die Erde gegossenes Öl verscheucht wird.[43] So singt auch HOMER[44] vom „lieben Vater,

ὃς ἐν νούσῳ κῆται κρατερῇ ἄλγεα πάσχων,
δηρὸν τηκόμενος, στυγερὸς δέ οἱ ἔχραε δαίμων."

Weshalb heifst der Aussatz im Altertum Elephantiasis? Weil man ihn nach ARETAEUS mit dem Elephanten verglich. Die ethnische Geschichte des Elephanten wird uns die Wege des Aussatzes zeigen, wie ich nachzuweisen hoffe.

Woher der zweite Name „Satyriasis"? Weshalb werden nach ARISTOTELES die Blindgeborenen niemals kahlköpfig? Weshalb benennt man diese Kahlköpfigkeit, die Alopecia, nach dem Fuchse (ἀλώπηξ)? Woher das „haarige" Herz des ARISTOMENES, LEONIDAS und LYSANDER? Wie erklären sich Schlangengenufs und Blutbäder bei Lepra? Das sind Fragen, auf die uns die Ethnologie eine Antwort erteilen wird.

Entsprang die Idee der Fortführung der Hautkrankheiten auf Schiffen bei den Indern uraltem, überall Dämonen witterndem Animismus, so bedeutet der personifizierende Mythus einen weiteren Fortschritt. Seine Bedeutung, nicht nur in der allgemeinen Kulturgeschichte, sondern auch in der Geschichte der Heilkunde ist längst anerkannt. „Es ist nicht mehr gestattet, die Mythologie einzig und allein als Sprache der Phantasie aufzufassen und darzustellen. Dies durfte zu einer Zeit geschehen, wo der Sinn der Nation von einer allgemeinen Teilnahme an der dichterischen Bewegung ergriffen war. Heute ist die Anforderung an die Behandlung eine andere. Alles geistige Streben wendet sich heut sogleich tieferen Fragen zu und sucht die Beziehungen auf das Menschenleben."[45] Einer der besten Kenner des Mythus, KARL OTFRIED MÜLLER sagt, dafs

---

[41] E. TYLOR, Die Anfänge der Kultur. Leipzig, 1873. Bd. I, pag. 290 ff.
[42] TYLOR, l. c. II, pag. 126.
[43] A. BASTIAN, Der Mensch in der Geschichte. Leipzig, 1860. Bd. II, pag. 73.
[44] Odyss. V, 395 ff.
[45] F. KURTS, Allgemeine Mythologie. Leipzig, 1869, pag. V ff.

in mythischen Erzählungen Geschehenes und Gedachtes, Reelles und Ideelles meist eng miteinander verbunden sind.[46]

Das im ganzen Altertum berühmte „chironische Hautgeschwür" hat solchen mythischen Ursprung. Epilepsie und Aussatz sind „herkulische" Krankheiten. Der in mythisches Gewand gehüllten aussatzähnlichen Krankheit der Proetiden liegt gewifs etwas Wahres zu Grunde.

Auch Proksch widmet 22 Seiten in seinem Werke der Mythologie (pag. 7—29). Weitere Untersuchungen sind auf diesem Gebiete ebenfalls nötig und werden helles Licht verbreiten.

5. Vergleichende Sprachwissenschaft, philologische Kritik, Archäologie, die genaue Erkenntnis der Beziehungen zwischen den grofsen Kulturvölkern des Altertums sind weitere unentbehrliche Voraussetzungen medizingeschichtlicher Untersuchungen.

Auf diesem Gebiete hat vor allem ein Gelehrter, Dr. Felix von Oefele, Arzt und Ägyptologe, Hervorragendes geleistet. Seine Resultate beweisen, wie wichtig diese Hülfswissenschaften für die Geschichte der Medizin sind. Auch Dr. J. Preuss hat in seinen wertvollen Studien zur biblisch-talmudischen Medizin vielfach diese Forschungsmethode angewendet.

Die ägyptischen Studien müssen uns Dermatologen besonders interessieren. Denn Ägypten ist ein uralter Herd zahlreicher Hautkrankheiten (wovon nur nach Herodot III, 12 die Alopecie eine Ausnahme macht, die in Ägypten zu seiner Zeit selten war), die wahre „Genitrix talium vitiorum" wie Plinius sagt (*Histor. natural.* XXVI c. 3), wie Prosper Alpinus und Pruner bestätigen. Ägypten ist aber auch die Heimat der Dermatologie als Fachwissenschaft, wie uns ebenfalls Plinius berichtet. Schon vor ihm hatte Herodot (II, 84) gesagt: *μιῆς νούσου ἕκαστος ἰητρός ἐστι*, und von den zahlreichen Spezialisten in Ägypten erzählt.

Janovsky hat die Kenntnis der orientalischen Sprachen, vorzüglich des Sanskrit für unentbehrlich erklärt. Da nun Hesslers lateinische Übersetzung von Süsrutas Ayurveda nach dem Urteil kompetenter Fachmänner unbrauchbar ist, die Bücher von Wise[47] ebenfalls unzuverlässig sind, da noch zahlreiche medizinische Sanskritmanuskripte unbenutzt sind, so ist für eine genaue Erforschung der Krankheiten des Altertums die Erlernung des Sanskrit dem Medizinhistoriker unentbehrlich.

---

[46] K. O. Müller, Prolegomena zu einer wissenschaftlichen Mythologie. Göttingen, 1825, pag. 68. — Auch A. Boeckh (Encyklopaedie u. Methodologie der philolog. Wissenschaften. 2. Aufl. Leipzig, 1886. pag. 624) verlegt den Anfang aller Naturwissenschaft in den Mythus.

[47] Th. A. Wise, Commentary on the Hindu System of medicine. London, 1860. — Review of the history of medicine. 2 Bde. London, 1867.

Nur ein Arzt wird im stande sein, uns verläfsliche Mitteilungen über die indische Medizin zu machen, oder die Sanskritisten müfsten es wie der Orientalist Vullers machen, der vier Jahre Medizin studierte (theoretisch und praktisch), um die medizinischen Schriften der Inder zu verstehen.[48] Welche wertvolle Ausbeute gerade die Dermatologie hier zu erwarten hat, lehrt der schon den Indern bekannte Gebrauch des Arsens bei Hautkrankheiten, die häufige Anwendung des Quecksilbers, die Erzählung des Archigenes von einer indischen Heilmethode des Aussatzes.

Der philologischen Kritik harrt gerade auf dem Gebiete der Hautkrankheiten des Altertums eine grofse Aufgabe. Es gilt vor allem die dermatologische Terminologie der Alten durch eine genetisch-kritische und vergleichend-etymologische Darstellung zu klären, ein schwieriges Unternehmen, an dem sich bereits so hervorragende Dermatologen wie Bateman und Baerensprung versucht haben. Aber dennoch werden die neueren einschlägigen Forschungen, wie z. B. diejenigen zum Text des Hippokrates von Ilberg und Kühlewein, mit den Kommentationen von Fuchs (in seiner Übersetzung und a. a. O.) u. a. auch einer Kritik der dermatologischen Terminologie zu gute kommen. (Hauptquelle: Galen!)

Reiche Anregung und Vermehrung unserer Kenntnisse wird auch das Studium der modernen Archäologie gewähren, nicht nur die prähistorischen Funde (Syphilis, Lepra) im weitesten Sinne, sondern auch die Überreste aus historischer Zeit. So fand man in Pompeji eine Masse, die man für Seife hielt. Die chemische Untersuchung durch Hofmann[49] hat dies nicht bestätigt. Die Frage ist immer noch eine offene, ob es im Altertum eine wirkliche Seife in unserem Sinne gegeben hat, obgleich viele, wie z. B. E. v. Meyer,[50] vorzüglich sich stützend auf eine falsch interpretierte Stelle des Plinius (*Histor. natural.* XXVIII, c. 51) die Existenz der wirklichen Seife im Altertum annehmen und besonders den Germanen und Galliern die Herstellung dieser „Seife" zuschreiben. (Berühmte Stelle bei Aretaeus, *De curatione morbor. diuturnor.* Lib. II, cap. 13.) Es ist wahrscheinlich, dafs es sich nicht um einen eigentlichen Verseifungsprozefs, sondern um blofse Zusammenmischung der betreffenden Substanzen handelt. Jedenfalls bedarf die Frage einer neuen Untersuchung.

Als Heimat der Kosmetik, die ja nach Paschkis,[51] dem vorläufig besten Darsteller der Geschichte dieser Kunst, vor Jahrtausenden dieselben Mittel verwendete wie heute, kann Ägypten gelten, wo sogar eine

---

[48] Vullers, Alt-Indische Geburtshülfe. *Janus.* 1846. Bd. I, pag. 225 und Stenzler, Zur Geschichte der indischen Medizin. Ibid., pag. 441.

[49] K. B. Hofmann, Über vermeintliche antike Seife. *Dtsch. Arch. f. Gesch. d. Med.* 1885. Bd. VIII.

[50] E. v. Meyer, Geschichte der Chemie. Leipzig, 1889, pag. 15.

[51] H. Paschkis, Kosmetik für Ärzte. Wien, 1899. 2. Aufl., pag. 1—31.

Kosmetik der Geschlechtsteile existierte (v. Oefele). Die hauptsächlich bei Celsus, Galen und Caelius Aurelianus aufbewahrten Fragmente des Heraklides von Tarent, des wissenschaftlichen Begründers der Kosmetik, zu sammeln, wäre ein lohnendes Unternehmen.

v. Oefele hat uns ferner mit vielen Arbeiten über die pharmazeutische Technik der Ägypter beschenkt, welche für dermatologische Zwecke Salben, Pflaster, Umschläge, Kräuterbeutel und Früchte verwendeten.[52] Besonders die Salben der Ägypter waren im ganzen Altertum berühmt u. a. das „Susinum" und das „Metopium" (Dioscorides I, 72 u. 115). Auch sei an die „kimolische" Thonerde und das so vielerörterte, ebenfalls für die Geschichte der Dermatologie wichtige „Nitrum" der Alten erinnert.[53]

Von den Airthari der Inder und den Schwefelbädern an, die Naeman gegen sein Hautleiden im Jordan nahm, bis zu den Mineralquellen und Bädern der Asklepieen und den Thermen der Römer beansprucht das Badewesen im Altertum das besondere Interesse des Dermatologen, wie die zahlreichen Stellen über Bäder zur Beseitigung von Hautleiden bei den meisten in Betracht kommenden Schriftstellern des Altertums beweisen. Auch See- und Soolbäder waren bei langwierigen Hautausschlägen gebräuchlich.[54] Bei Hecker[55] liest man erstaunt, dafs Archigenes bereits die erste chemische Einteilung der Heilquellen gegeben hat, und dafs schon damals — ganz wie heute — der Pneumatiker Herodot an der spezifischen Wirkung der einzelnen Bestandteile der Minalwässer zweifelte!

Rosenbaum[56] hat über die Beziehungen der Bäder und Waschungen zu Geschlechtskrankheiten ausführliche Nachricht gegeben. Unzweifelhaft wird ein intensiveres Studium, auf moderne archäologische Forschungen und Funde gestützt, uns weitere Aufschlüsse über das Badewesen im Altertum bringen.

Wir glauben, dafs der Leser aus diesen aphoristischen Andeutungen den Eindruck gewonnen haben wird, wie viele wichtige und für die allgemeine Geschichte der Medizin bedeutungsvolle Aufgaben eine Geschichte der Dermatologie im Altertum zu lösen haben wird. Man wird jetzt den

---

[52] J. Berendes, Geschichte der Pharmazie. 1. Lief. Leipzig, 1898, pag. 32 ff.

[53] Fr. Harless, Über das Nitrum der Alten. *Janus*. 1846. I, pag. 455 ff. — Thierfelder, Über das Nitrum der Alten. Ibid. 1848, III, pag. 29. Interessant ist auch die Bekanntschaft der Alten mit dem Lanolin. Vergl. darüber Wulfsberg, *Ther. Monatsh.* März 1887 und Vulpius, *Arch. d. Pharm.* XXVI, 1888, pag. 489.

[54] K. Sprengels Versuch einer pragmat. Geschichte der Arzneikunde. 4. Aufl. 1846. I, pag. 494.

[55] J. F. K. Hecker, Geschichte der Heilkunde. Berlin, 1829. II, pag. 62.

[56] J. Rosenbaum, Geschichte der Lustseuche. Halle, 1893, pag. 383 ff.

Ausspruch Janovskys[57] verstehen: „Die Geschichte der Hautkrankheiten müfste mit einem ungleich gröfseren und kritisch gesichteten Materiale von einem Manne geschrieben werden, welcher etwa Haesers genialen historischen Scharfblick mit dem gründlichen Quellenstudium eines Kurt Sprengel verbinden könnte.“ Ein solcher Mann wird so bald nicht kommen! Und wie es mit dem „gründlichen Quellenstudium“ Sprengels in Wirklichkeit bestellt war, weifs jeder, der die oben erwähnte Vorrede Rosenbaums gelesen hat. Arbeitsteilung mufs auch auf diesem Gebiete eintreten.

Möge es uns zum Schlusse gestattet sein, kurz die Ziele einer Geschichte der Hautkrankheiten im Altertum anzudeuten.

Zwei wichtige Fragen wirft der treffliche, leider so früh verstorbene holländische Medizinhistoriker A. H. Israels in einem lesenswerten Aufsatze[58] über die Geschichte der Diphtherie auf: Haben die Menschen des 19. Jahrhunderts Krankheiten, die die Alten nicht kannten? Und kannte man im Altertum Krankheiten, die uns unbekannt sind?

Beide Fragen bejaht Israels.

Weiter fragt er: Kann man beweisen, dafs gewisse Krankheiten im Laufe der Zeiten ihre Form ändern, andere Symptome zeigen, obgleich das Grundleiden in gewissem Sinne dasselbe geblieben zu sein scheint? Auf diese Frage lautet die Antwort: Wo das Leben, die Art, die Bedingungen dieses Lebens verändert sind, müssen auch die Erscheinungen dieses Lebens andere werden. Griechen und Germanen haben unter anderen physischen und geistigen Bedingungen gelebt als wir. — Diese Veränderung geht nicht plötzlich, sondern langsam vor sich.

Ähnliche Ansichten wie Israels hat ein hervorragender Dermatologe, Unna,[59] geäufsert.

Das höchste Interesse beansprucht diese Fragestellung bei zwei furchtbaren Geifseln der Menschheit, deren Erforschung in das Gebiet der Dermatologie fällt, bei dem Aussatze und der Lustseuche.

Hat die Syphilis im Altertum existiert? Hat sie dieselben Erscheinungsformen gehabt wie in der Neuzeit? Oder war die Virulenz des syphilitischen Giftes eine schwächere?[60] Giebt es Erscheinungsweisen der

---

[57] l. c., pag. 62.

[58] A. H. Israels, De geschiedenis der diphtherie. *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.* 1861, pag. 203.

[59] l. c., pag. 443.

[60] So ist auch heute noch die Syphilis unter den wohl nicht von altersher durchseuchten Bewohnern Unyoros häufig, aber mild. Pigmentschwund wird durch sie aber oft veranlafst. (H. Baas, Die geschichtliche Entwickelung des ärztlichen Standes und der medizinischen Wissenschaften. Berlin, 1896, pag. 17.) — In Nubien nimmt nach I. Neumann (Syphilis. Wien, 1896, pag. XLIII) die Syphilis einen „auffällig milden“ Verlauf.

Syphilis in der Neuzeit, welche mit Symptomen der Syphilis des Altertums Ähnlichkeit haben?[61]

Diese Fragen wird trotz Rosenbaum und Proksch auch eine künftige Geschichte der Dermatologie wieder von neuem zu beantworten haben.

Die Existenz des Aussatzes im Altertum ist nicht zu bezweifeln. Im übrigen aber gelten für ihn dieselben Fragen.

Ebenso für alle übrigen Hautkrankheiten, wobei zu bedenken ist, dafs viele, die damals gewöhnlich waren, heute vielleicht nur noch auf einen bestimmten Distrikt beschränkt sind oder als seltene Varietäten eines bestimmten Typus auftreten.[62] Vielleicht wird die Berücksichtigung dieses Umstandes die Deutung einiger merkwürdiger Dermatosen des Altertums erleichtern.

Eine weitere Frage ist: Besafsen die Ärzte des Altertums eine genaue Kenntnis der Erscheinungsweise einzelner Hautkrankheiten? Waren sie Diagnostiker und Differentialdiagnostiker?

Nun ist zwar nichts unkritischer als die Ärzte jener Zeit mit unseren Fähigkeiten auszustatten, nach Art der bekannten kleinen Privatdozentin Heines, die schon 6000 Jahre vor Hegel Hegelsche Philosophie lehrte. Andererseits aber dürfen wir den antiken Ärzten nicht zu wenig Beobachtungsgabe zutrauen. Dafs dies geschehen ist, ist hauptsächlich durch die leidige Verquickung von Theorie und Praxis in den Werken der griechischen und römischen Ärzte verschuldet worden.[63] Sehr häufig, so z. B. bei Aretaeus,[64] ist die Theorie blofs dekoratives

---

[61] Hier füge ich zwei für die Geschichte der Volksseuchen wichtige Aphorismen Heckers (Geschichte der neueren Heilkunde. Berlin, 1839, pag. 608 u. 612) an, die den Wert eines Gesetzes haben. Aphor. 3: „Die langwierigen Volkskrankheiten verlaufen in Jahrhunderten ebenso durch die genannten Zeiträume, wie die hitzigen in Monaten.“ Aphor. 27: „Neue Volkskrankheiten entwickeln sich immer nur aus vorhandenen Elementen, und sind überhaupt nur in ihrer Zusammensetzung und der Steigerung vorhandener Elemente neu.“ — Ähnlich Thomas Sydenham in „Opera universa medica“ ed. Kühn. Leipzig, 1827, pag. 23 ff. u. 146: „ita etiam (wie die einzelne Krankheit) constitutio generalis quaecunque, quae huic alterive morbo epidemie producendo favet, pro ratione temporis, quo dominatur, suas etiam periodos habet, quatenus scilicet in dies magis ac magis epidemie grassatur, donec ἀκμὴν attigerit suam, atque exinde iisdem fere gradibus decrescat, donec tandem penitus exoluerit, alteri constitutioni locum cedens.“ — Für den Aussatz hat E. Lesser (Zur Geschichte des Aussatzes. *Mitteil. u. Verhandl. d. internat. wissensch. Lepra-Konf.* Berlin, 1897. Bd. I, Abt. III, pag. 15) die Richtigkeit des Aphorismus 3 von Hecker nachgewiesen. Ebenso war Virchow (cit. bei Lesser l. c., pag. 15) schon früher zu demselben Resultate gelangt.

[62] So hat ja auch Polak die von Celsus als „Vesicapinguis“ beschriebene merkwürdige Augenkrankheit in Persien wieder beobachtet. (Näheres bei J. Baas, l. c., pag. 90.)

[63] So mutet es uns seltsam an, dafs die Herophileer die schwere Heilbarkeit der runden Geschwüre auf geometrische Weise zu erklären suchten. (Vergl. Sprengel, l. c., I., pag. 543.)

[64] Sehr lehrreich ist in dieser Beziehung die Vergleichung der Theorien des Aretaeus mit den phantastischen, wenn auch in ihrer Art grofsartigen Ideen im platonischen „Timäus“.

Beiwerk, von dem man ruhig abstrahieren kann, um sich dann ungestört an der Feinheit und Treue der Beobachtung zu erfreuen.[65] Ein Beispiel dafür ist die deutliche Unterscheidung der Perspiratio insensibilis vom Schweifse bei griechischen Ärzten (Hippokratiker, Diocles, Theophrast). Dafs natürlich an den sonstigen embryologischen und physiologischen Anschauungen der Alten Theorie und Phantasie noch den gröfsten Anteil haben, darf nicht weiter verwundern. Es sei nur an die seltsamen Anschauungen des Empedokles und Hippokrates (auch Platos) über die Entstehung der Nägel und Haare erinnert.

Sicher kann man aus der reichen dermatologischen Terminologie der Alten, aus den Angaben des Plinius und der liebevollen, detaillierten Schilderung vieler Dermatosen bei Celsus, aus der Thatsache, dafs in Rom sogar eine „Dea Scabies" als Göttin der Hautkrankheiten verehrt wurde, wie auch aus der Vorliebe, mit der dieses Thema von den späteren Schriftstellern behandelt wird, auf eine grofse Häufigkeit dieser Krankheitsformen im Altertum schliefsen. Dies erhellt auch aus der Darstellung von Haeser,[66] wenn man von den naturphilosophischen Ideen abstrahiert und nur die dort hervorgehobenen Thatsachen ins Auge fafst.

Wenig geklärt ist ja immer noch der Einfluſs der klimatischen Verhältnisse auf Entstehung und Verbreitung der Hautkrankheiten, worüber uns Rosenbaum,[67] Pruner[68] und Neumann,[69] Hirsch,[70] Tilbury Fox, Farquhar und White[71] mehr oder weniger ausführliche und schätzenswerte Mitteilungen gemacht haben.

Wenn es wirklich jene „auffallende terrestrische Lokalisation" der Dermatosen giebt, wie Tschudi[72] behauptet hat, so wird auch für das Altertum eine historisch-geographische Pathologie der Hautkrankheiten möglich sein, wie sie für die Neuzeit wünschenswert ist.

Das schöne Wort Puccinottis, welches ich diesem Versuche, diesen dürftigen Umrissen als Motto voranstellte, erleuchtet und rechtfertigt den Inhalt derselben. Ja, die Wissenschaft hat ein Leben, ein Werden, Blühen und Verwelken, traumhafte Ahnungen der Kindheit, starkes

---

[65] Vergl. auch die Urteile so tiefblickender und mit dem Altertum so vertrauter Männer wie F. A. Lange (Geschichte des Materialismus. Leipzig, 1887, pag. 87 ff.) und A. v. Humboldt (Kosmos. II, pag. 95).

[66] H. Haeser, Historisch-pathologische Untersuchungen. 1839. Bd. I, pag. 16 ff.

[67] l. c., pag. 309—350.

[68] F. Pruner, Die Krankheiten des Orients. Erlangen, 1847, pag. 116 ff.

[69] I. Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1876, pag. 65.

[70] A. Hirsch, Handbuch der histor.-geograph. Pathologie. 1862. II, pag. 144.

[71] cit. nach „Handbuch der Hautkrankheiten", herausg. von Ziemssen. Leipzig, 1883. I, pag. 243.

[72] cit. nach Hirsch, l. c., pag. 446.

und weithin reichendes Wissen des Mannes —, trübe Erinnerungen des Greisenalters. Gewifs ist ihr eigentliches und kräftigstes Leben in der Gegenwart, aber die Wurzeln und Quellen dieses Lebens ruhen tief in der Vergangenheit, und wenn einmal ein Stillstand im lebendigen Flusse der Entwickelung eintritt, so kann nur die Geschichte die Alternde verjüngen und mit neuem Schaffenstriebe erfüllen. Dann ist wirklich das „Leben" der Wissenschaft in der Geschichte (nella storia). So war es zur Zeit der Renaissance, wo das Altertum die moderne Wissenschaft geboren und die schon den Alexandrinern bekannte Methode erneuert hat. So kann es aber auch in Zukunft sein. Alle unsere Wissensschätze ruhen in der Vergangenheit und befruchten die Gegenwart. Und „die Propheten, die diese Schätze hüten, reden in vorausdeutenden Symbolen im Zeitalter des Glaubens, sie reden die Sprache scharf gezeichneter Wissensformeln, soweit der Forschung aufsteigende Sonne das Traumland des Ahnens durchdringt und seine schwankenden Schatten aufzuhellen vermag."[73]

---

[73] „Alexander von Humboldt." Festrede am 14. September 1869 von A. Bastian. Berlin, 1870. pag. 7.

Die Anwendung nahtloser Gummihandschuhe in der dermatologischen Praxis.

Von

Dr. med. F. E. Hopf,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Dresden.

Gewifs mancher von uns wird es unangenehm empfunden haben, dafs beim Janetisieren, mag es auch noch so geschickt gehandhabt werden, die Hände durch übermangansaures Kalium oder Höllensteinlösungen mit häfslichen Farbflecken verunreinigt werden, und mag auch diese Verunstaltung teilweise durch verdünnte Säuren, teilweise nur durch wiederholte Waschungen schliefslich zu beseitigen sein, so dringt doch bei dem, der viele Spülungen hintereinander abwechselnd mit Kalium permanganicum oder Lapis vorzunehmen hat, der Farbstoff tief genug in die Haut ein, um länger zurückbleibende braune oder schwarze Spuren zu hinterlassen. Ein Schuh für die Hände, der dies zur Unmöglichkeit macht, mufs daher allen Dermatologen und Venereologen willkommen sein. Dieser ersterwähnte Punkt betont nur gewisse Unannehmlichkeiten, über die man sich schliefslich hinwegsetzen kann. Doch drohen uns auch ernste persönliche Schädigungen

in der Ausübung unseres Berufes. Ich meine hier hauptsächlich die jedem Dermatologen drohende Gefahr der Infektion durch syphilitische Produkte. Ohne in Schwarzmalerei zu verfallen, bin ich doch der Ansicht, dafs in der Untersuchung syphilitischer Prozesse seitens der Ärzte etwas vorsichtiger zu Werke gegangen werden sollte. Die Palpation jeder syphilitischen Läsion ist eine Gefahr für den Untersuchenden. Eine oft dem Auge nicht sichtbare Verletzung der Epidermis kann die Eingangspforte für das Virus bilden und damit die Quelle einer folgenschweren Erkrankung werden. Und es sind ja Fälle genug bekannt, dafs sich Ärzte in der Ausübung ihres Berufes syphilitisch infiziert haben. Hauptsächlich palpiert wird die Initialsklerose, um ihre Konsistenz festzustellen hinsichtlich einer Differentialdiagnose von Ulcus molle oder anderen Affektionen ähnlichen Charakters. Nach meiner Meinung geht man dabei eben zu weit. Abgesehen davon, dafs die konstatierte Härte ja nicht immer einen Schlufs auf die syphilitische Natur des Prozesses zuläfst, da die Verhärtung auf entzündlicher Basis beruhen kann oder oft als Folge vorhergegangener ätzender Behandlung aufzufassen ist, dürfte man wohl in der überwiegenden, ja fast ausschliefslichen Mehrzahl der Fälle wohl in der Lage sein, wenn einem nur die nötige Erfahrung auf diesem Gebiete zu Gebote steht, durch die blofse Inspektion die richtige Diagnose zu treffen. Die Symptome des Ulcus durum, gleichviel in welchem Lebensalter und bei welchem Geschlecht auftretend, sind so charakteristische, wie sie wohl selten sonst in unserem Spezialfache in gleicher Deutlichkeit gefunden werden. Die Singularität ist bekanntlich kein pathognomonisches Zeichen für Sklerose, dagegen ist charakteristisch die fast stets kreisrunde Beschaffenheit des harten Schankers, die Wulstung entweder der Ränder oder die Elevation der ganzen erkrankten Partie. Sitzt die Sklerose auf der Haut des Penis, Scrotums oder sonstwo auf der Haut, so erscheint sie wie eine in die Haut eingebettete Scheibe. Dazu kommen die oft schon sichtbaren, immer aber fühlbaren Drüsenanschwellungen der entsprechenden Regionen. Und wenn die Sklerose am Sulcus oder an der Vorhaut gelegen ist, so tritt beim Zurückziehen des Präputiums die Erscheinung auf, dafs sich die Vorhaut ganz langsam zurückrücken läfst bis zum Sitz des Schankers, dann aber mit einem Male umklappt, weil sie an dieser Stelle ihrer normalen Weichheit verlustig gegangen und an ihren Platz eine brettharte Infiltrationsscheibe getreten ist. Für die Sklerosen, welche an den Genitalien lokalisiert sind, gelten in hohem Mafse die Lehren der bedeutendsten Syphilidologen, nicht in überflüssiger Weise sie zu palpieren und zu befühlen. Diese Warnungen kann man in den Vorlesungen Fournier's immer wieder hören, auch Neumann-Wien und Lassar habe ich oft darauf aufmerksam machen hören. Einer von ihnen pflegte zu sagen: „Diejenigen Herren, welche, ohne Acht auf die eigene Gesundheit zu nehmen, die syphilitischen

Produkte so gar eingehend mit den Fingern prüfen, setzen sich in den Ruf, schon immun gegen Lues zu sein.“ Nun, das eben Gesagte gilt natürlich nur für typische Sklerosen. Kein einsichtiger Arzt wird es bestreiten, dafs sehr häufig die bloſse Besichtigung nicht zum Ziele führt und der tastende Finger nachhelfen muſs. Das gilt für extragenitale Schanker besonders, die ja je nach der Körperregion, an der sie vorkommen, verschiedene Symptomenbilder geben. Im Hôpital St. Louis zu Paris stehen für alle solche Untersuchungen Mengen kleiner, etwa 12 cm im Geviert messender, feinster Battisttücher zur Verfügung der Ärzte. Durch das dünne Gewebe des Tuches läſst sich deutlich die Konsistenz des zu prüfenden Gebildes und zwar mit ziemlicher Sicherheit feststellen. Dadurch, dafs das gebrauchte Läppchen sofort in einen Verbandeimer geworfen wird, dessen Inhalt dann sterilisiert wird, ist jede Ansteckungsgefahr beseitigt. Für Feinheiten des Gefühls bildet das dünne Tuch jedoch noch immer ein Hindernis, und eine Verbesserung auf diesem Gebiete wäre mit Freuden zu begrüſsen. Abgesehen nun aber von allen diesen Momenten, wo der Arzt mit der eventuellen Diagnose Syphilis vor dem Auge die Untersuchung vornimmt, giebt es ferner eine Reihe von Fällen, in denen eine Infektion mit Lues durch unvermutete, versteckt sitzende syphilitische Affektionen ermöglicht wird. Ich erinnere hier an die Sklerosen der Portio uteri, die bekanntlich gar nicht so selten sind und deren häufiges Vorkommen erst kürzlich NEUMANN in der *Dermatologischen Zeitschrift* näher beleuchtet hat. Ferner erwähne ich die so sehr infektiösen, ulcerösen, kondylomatösen Affektionen der Mund- und Rachenschleimhaut, Mastdarm- und Tonsillarschanker, syphilitische Paronychien, nässende luetische Exantheme u. a. mehr. Auch ich habe mich bisher nach dem Vorbilde des St. Louis-Hospitals feinster Battisttücher zur digitalen Untersuchung luesverdächtiger Prozesse bedient, bis ich neuerdings mit einer technischen Neuerung bekannt wurde, die mir einem auf diesem Felde längst gefühlten Mangel abzuhelfen scheint. Auf dem diesjährigen Chirurgenkongreſs zu Berlin demonstrierte Professor FRIEDRICH-Leipzig von der Leipziger Firma Zieger & Wiegand hergestellte nahtlose Gummihandschuhe und weckte das lebhafteste Interesse seiner Fachkollegen für diese ausgezeichneten technischen Kunstwerke. Auch spricht sich neben FRIEDRICH, der seine Ansichten über diese Handschuhe in No. 17 des *Centralblattes für Chirurgie* niedergelegt hat, der Tübinger Gynäkologe DÖDERLEIN in ganz enthusiastischer Weise über die technische Neuheit aus (*Beiträge für Geburtshilfe und Gynäkologie* I, 1, und *Centralblatt für Gynäkologie* 1898, No. 26). Während sich der genannte Chirurg ausschlieſslich auf die Verwendbarkeit der Neuerung in der operativen Chirurgie beschränkt, erstrecken sich die Beobachtungen des Tübinger Professors, abgesehen von der operativen Gynäkologie und Geburtshülfe, hauptsächlich auf die un-

geheure Wichtigkeit dieser Handschuhe für die Untersuchung der Schwangeren. Seit Semmelweiss die Ursachen des Puerperalfiebers in der mangelnden Reinlichkeit der die Genitalien der Schwangeren bedienenden Hände nachgewiesen hat, ging das Streben der Gynäkologen wie überhaupt der Ärztewelt dahin, möglichst dieser Forschung gerecht zu werden. Listers Entdeckung brachte die verschiedenen und tausendfach erprobten, aber immer wieder für ungenügend befundenen Desinfektionsmethoden für die Hände der touchierenden Ärzte. Kulturversuche in grofser Zahl haben nachgewiesen, dafs trotz der weitestgehenden mechanischen Reinigung und Desinfektion der Hände doch immer noch unter dem Nagelfalz Keime aller Art sich vorfanden, die das Leben der schwangeren Frau in Gefahr bringen konnten. Seit mehreren Monaten nun verwendet Döderlein die erwähnten nahtlosen Gummihandschuhe in der Tübinger Universitätsklinik auf dem Touchier- und natürlich auch auf dem Operationssaal. Sämtliche Studenten müssen in den Touchierkursen die Gummihandschuhe tragen, und seitdem ist kein Fall von Infektion mehr vorgekommen. Aus all den erwähnten Thatsachen erhellt, dafs die technische Neuerung für viele Zweige der Heilkunde einen wahren Fortschritt und Segen bedeutet. Die Handschuhe sind condomdünn und trotz ihrer Feinheit sehr gut dehnbar. Sie lassen sich sehr gut mit Dampf sterilisieren. Einige Übung erfordert das Anziehen derselben. Am besten geschieht das unter Wasser in einem Becken. Man füllt die Handschuhe mit Wasser, so dafs alle Finger prall gespannt sind, und fährt dann mit der Hand hinein. Für Operationszwecke werden sie vorher sterilisiert, für die Zwecke einfacher Untersuchung ist eine mechanische Reinigung direkt nach dem Gebrauch und nachfolgende Abspülung in Sublimat ausreichend. Natürlich passiert es bei Operationen leicht, dafs man mit einem spitzen Instrument am Gummi hängen bleibt und einen Rifs oder ein Loch in den Handschuhen erzeugt; da jedoch auch bei Benutzung derselben zwecks Operation wie früher eine ganz exakte Desinfektion der Hände vorsichtshalber vorher erfolgen mufs, so bedeutet eine kleine Verletzung des Gummis keinen gar zu grofsen Schaden. Aufserdem wird mit steigender Anwendung in der Praxis der so wie so nicht hohe Preis noch um ein weiteres sich verringern lassen, so dafs man ohne Rücksicht auf die Kosten den beschädigten Handschuh mit einem neuen vertauschen kann. Was die Beeinträchtigung des Gefühls der Finger nun anbelangt, so ist dieselbe gleich Null. Der Gummi ist so dünn, dafs die feinsten Erhabenheiten auf dem Niveau der Haut oder die delikatesten Details in Wunden oder an anderen Prozessen fast so deutlich wie mit dem blofsen Finger gefühlt werden können. Es ist natürlich, dafs bei mehrstündigem Tragen der Gummihandschuhe eine oberflächliche Maceration der Haut eintritt, doch ist dieselbe nicht so bedeutend, dafs irgendwelche Störungen für den Träger daraus resultierten.

Ich bediene mich in meinen Sprechstunden der Zieger & Wiegandschen Gummihandschuhe ohne Naht seit geraumer Zeit, operiere auch mit denselben. Hauptsächliche Dienste scheinen sie mir für uns Dermatologen bei den Spülungen à la JANET als Schutz der Hand gegen Kaliumpermanganicum- und Silberflecke zu bieten, ferner als ein ausgezeichneter Schutz bei der internen Untersuchung luesverdächtiger Frauen, bei denen aus äufseren Gründen eine Orientierung per speculum unthunlich war, weiters bei der Palpation venerischer Ulcera, die zur Sicherung der Diagnose vorgenommen wird, und bei der Untersuchung stark infektiöser Prozesse überhaupt.

Therapeutisch werden diese dünnen Handschuhe gewifs auch die früher angewandten viel stärkeren Gummihandschuhe ersetzen können und sie vielleicht verdrängen, da sie die gleiche Wirkung macerierender Art aufweisen, aber sich ganz erheblich, über die Hälfte, im Preise niedriger stellen.

Ich möchte den Herren Fachkollegen, besonders solchen, die in Polikliniken und Ambulatorien arbeiten, die Neuigkeit aus den angeführten Gründen zur Nachprüfung empfehlen. Die Zukunft wird lehren, ob sie n der Praxis einführbar ist.

Aus der Praxis.

Hydrargyrum colloidale als Antisyphiliticum.

Beobachtungen von

Dr. med. WERTHER in Dresden.

Nachdem es der Fabrik Dr. von Heydens Nachfolger in Radebeul, deren colloidales Silber schon bekannt ist, gelungen war, wasserlösliches colloidales Quecksilber und zwar in Gestalt schwarzer, glänzender, krystallinischer Körner darzustellen, wird mancher wie ich mit gröfstem Interesse der Prüfung dieser Substanz als Antisyphiliticum entgegengesehen haben. Namentlich war ich begierig zu wissen, wie es sich zur subcutanen oder intramuskulären Injektion eignen würde, ob ihm die Nachteile der hierzu gebrauchten Hg-Präparate, seien sie in Wasser gelöst oder in Paraffin suspendiert, weniger anhaften würden.

I. Die Prüfung des colloidalen Hg bezog sich auf Einreibungen mit Salbe. Zuerst wurde mir eine 15%ige Lanolin-Vaselin-Salbe, dann auf meine Bitte eine 33⅓%ige Mollinsalbe von der Fabrik zur Verfügung gestellt. Letzteres deshalb, um wegen der gleichen Koncentration besseren

Vergleich mit der offizinellen grauen Salbe zu haben und weil sich Mollin, eine überfettete Seife, besonders gut in die Haut einreiben läßt.

II. Injektionen: Da über die Giftigkeit des Hg colloid. noch nichts ermittelt war, so wurde zunächst mit einer Lösung begonnen, die so berechnet war, daß sie so viel % Hg enthielt wie die übliche 1%ige Sublimatlösung. Die Darstellung der Lösung geschieht einfach durch Schütteln mit kaltem Wasser. Hierzu sind 10 Minuten Zeit hinreichend. Es bleibt geringer Bodensatz, von dem abzugießen ist. Aus diesem Grunde ist der Gehalt an Hg zu 90% nur zu berechnen; einer 1%igen Sublimatlösung soll eine 0,822%ige Lösung des Hg colloid. entsprechen (Dr. Engelmann, Chemiker der Fabrik). Das Mittel ist übrigens nicht ganz chemisch rein; es soll ihm noch ein Rest Säure anhaften. Die Lösung hält sich schlecht, indem sich bald am Boden regulinisches Hg absetzt und die erst schwarzbraune Lösung allmählich farblos wird. Es wurde daher auf Abschluß von Luft und dunkles Glas geachtet und sobald Bodensatz in der Lösung bemerklich war, eine frische Lösung bereitet. Es wurde angefangen mit Einspritzung von 0,0008 (1 Strich von 0,8%) und gestiegen bis 0,03 pro dosi (1 Spritze von 0,3 : 10). Es wurde anfangs unter die Rückenhaut, später in die Gesäßmuskulatur eingespritzt.

III. Für die Verabreichung per os wurden Pillen mit Pulv. et succ. liquir. verabreicht, 1 g Hg colloid. auf 20 und 1,0 auf 30 Pillen, dreimal täglich eine Pille.

Ich will kurz einige Krankengeschichten anführen, um dann die Schlüsse daraus zu ziehen:

Patient I: 25jähriger Kaufmann. 31. VII.: Exanth. maculo-papulosum universale. Impetigo capillitii. Angina papulosa. Ordin.: Ugt. Hg colloid. 15% 3,0 pro die.

7. VIII.: Syphilid nirgends verändert. Ordin.: Moll. Hg colloid. 33⅓% 3,0 pro die.

14. VIII.: Exanthem im Verschwinden. Im Hals noch Erosionen. Schlingbeschwerden gebessert.

18. IX.: Patient hat 57 g 33⅓%iger Salbe verrieben (mehrere Tage aber ausgesetzt). Im Halse noch immer Papeln. Therapie geändert.

Patient II: 40jähriger Händler. 20. VIII.: Exanth. maculo-papulosum. Papeln in den Nasenwinkeln und an den Genitalien. Kopfschmerz. Ordin.: Ugt. Hg colloid. 33⅓% 3,0 pro die. Lokal: Ugt. Hg oxyd. rubr.

27. VIII.: Nach fünfmal 3,0 Kopfschmerz gebessert. Papeln an der Nase und an den Genitalien trocken. Patient soll weiterreiben. Nicht wiedergekommen.

Patient III: 32jähriges Mädchen (klinisch behandelt). 27. VII.: Großpapulöses Syphilid in verschiedenen Gruppen am Rumpfe, seit längerer Zeit bestehend. Am Schienbein exulcerierte Papeln. Ordin.: Ugt. colloid. 15% 1,0 pro die.

31. VII.: 2,0 pro die.

5. VIII.: Keine Veränderung. Ordin.: 3,0 33⅓% pro die.

9. VIII.: Bis jetzt 12 g 15%iger Salbe und 12 g 33⅓%iger Salbe verbraucht (= 5,5 Hg colloid). Die Knoten schuppen ab, also beginnende Resorption.

11. VIII.: Injektion 0,005 in 1%iger Lösung in das Gesäfs. Dieselbe ist schmerzhaft, aber nicht anhaltend.

16. VIII.: Keine Verdickung der Injektionsstelle zu fühlen. Zweite Injektion 0,016 in 2%iger Lösung, schmerzhaft.

18. VIII.: Keine lokale, keine fieberhafte Reaktion. Kein Durchfall, aber grofse Mattigkeit; Patientin schläft auffallend viel.

20. VIII.: Dritte Injektion 0,02 (2%ige Lösung). Schmerzt anhaltend.

22. VIII.: Keine fieberhafte Reaktion, aber lokale Anschwellung. Kein Durchfall. Das Exanthem hat sich langsam abgeflacht und abgeblafst. Geheilt entlassen. 2,5 kg Gewichtsabnahme.

3. XI.: Recidiv.

Patient IV: 20jähriges Mädchen. 11. VIII.: Erodierte Kondylome am Mons veneris. Papeln in den Nasenwinkeln. Hat bis vor acht Tagen vier Wochen lang mit grauer Salbe gerieben. Erste Injektion 0,005 (1%).

12. VIII.: Die Injektionsstelle ist druckempfindlich.

15. VIII.: Dieselbe ist etwas infiltriert.

15. VIII.: Kondolyme reiner. Zweite Injektion 0,008 (1%).

18. VIII.: Sehr matt. Schläft sehr viel.

20. VIII.: Dritte Injektion 0,02 (2%).

26. VIII.: Vierte Injektion 0,027 (3%). Alle Injektionen hinterlassen einen brennenden Schmerz. Die Stellen sind noch am 5. IX. hart und schmerzhaft.

5. IX.: Die Geschwüre sind geheilt. Die lokale Behandlung bestand in Sitzbädern und Borsalbe. 2 kg Gewichtszunahme. Kein Durchfall, keine Stomatitis, keine Temperatursteigerung während der Behandlung (klinisch).

Patient V: 40jähriger Kaufmann. 23. VIII.: Erodierte Papeln am Mundwinkel und am Scrotum. Trockene Papeln in den Handtellern. Erste Injektion (0,014). Schmerzt brennend.

26. VIII.: Zweite Injektion 0,01.

29. VIII.: Dritte Injektion 0,03. Brennt heftig. Auf die Injektion folgt starker Schweifsausbruch. Die Papeln noch nicht gereinigt.

2. IX.: Die Geschwüre noch nicht gereinigt. Die Injektionsstellen sehr schmerzhaft. Der Schmerz bei und kurz nach der Injektion soll schlimmer sein „als Zahnziehen". Mit Rücksicht darauf Injektion von Hydr. salicyl. 0,05.

5. IX.: Papeln überhäutet.

3. XI.: Recidiv.

Patient VI: 18jähriges Mädchen. 27. IX.: Papeln an der Unterlippe. Ordin.: Pillen 1 : 20.

4. X.: Papeln geheilt. Am 3. X. Stomatitis in der Nähe kariöser Zähne und Durchfall (15 Pillen genommen = 0,75 Hg colloid. in fünf Tagen).

Patient VII: 43jährige Frau. 13. X.: Gruppierte Papeln in den Fufssohlen, inks zerfallen. Ordin.: Pillen 1 : 30. Lokal: Prieſsnitz.

21. X.: Die Fufssohlen sind glatt und blafs; noch oberflächliche Schuppen. 24 Pillen (= 0,8 Hg colloid.) in acht Tagen verbraucht. Zahnfleisch gut. Kein Durchfall, aber Magendrücken und Appetitlosigkeit.

Patient VIII: 20jähriger Student. 26. X.: Impetigo capillitii et barbae. Pillen 1 : 20.

3. XI.: Pillen verbraucht, gut vertragen. Papeln flacher und trockner.

Diese Krankengeschichten sind, wenn auch nicht zahlreich, doch

interessant. Ich kann aus ihren Daten und meinen sonstigen Beobachtungen folgendes schliefsen.

I. Das colloidale Hg ist nicht giftiger als das regulinische, eher weniger giftig: es traten nach intramuskulär injizierten Dosen von 0,03 nie Zahnfleischentzündung, Speichelfluſs oder Durchfall ein. Mattigkeit war die einzige Störung des Allgemeinbefindens.

2. Das Mittel eignet sich wenig zur Injektion wegen der Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle. Vielleicht hängt diese von der Unreinheit des Präparates (Säure) ab und kann mit dieser vermindert werden. Vielleicht läſst sie sich durch irgend einen Zusatz (Kochsalz, Eiweifs) mildern.

3. Die therapeutische Wirkung der benutzten Injektionen war langsam, aber noch zufriedenstellend. Injektionen von Hg salicyl. in Paraffin (1 : 10, 0,05 pro dosi) wirken energischer und sind nicht so schmerzhaft wie gelöstes Hg colloid. (0,03 pro dosi).

4. Die Wirkungen der Einreibungen mit Salbe sind zufriedenstellend. Im Fall I reagierten die Schleimhautpapeln langsamer, als sie auf offizinelle graue Salbe zu reagieren pflegen.

Vorteile vor der offizinellen grauen Salbe würden nur dann zu konstatieren sein, wenn die Salben mit Hg colloid. ebenso rasch oder noch rascher wirkten und weniger Stomatitis und Dermatitis erzeugten. Dazu empfehlen sich weitere Beobachtungen.

Die Flüchtigkeit des regulinischen Hg ist ein Vorzug für die Therapie, der dem colloidalen abzugehen scheint. Aufserdem liegt der Verdacht vor, dafs sich in der Salbe mit der Zeit das colloidale in regulinisches Hg verwandelt und man dann eine graue Salbe hat.

5. Für die Verwendung in Pillen scheint das colloidale Hg am meisten geeignet zu sein. Kräftige Leute vertragen dreimal 0,05 pro die gut, Schwächliche nur 0,03. Sie bedürfen der üblichen Beobachtung des Zahnfleisches und der Verdauungsorgane.

Mit Hg colloid. können viel gröfsere Hg-Dosen einverleibt werden als mit Sublimat und Protojoduret. Ersteres pro dosi 0,005, letzteres 0,02 werden sicher schlechter vertragen als Hg colloid. 0,03. Es wird Hg colloid. 0,05 so gut vertragen wie Hg oxydul. tannic. 0,05, obgleich das erstere noch einmal so viel Hg enthält als das letztere (42%).

Reizerscheinungen beim Gebrauche von Airolpulver.

Von

Dr. Spiegel-Köln a. Rh.

Die Behauptung, Airol sei völlig reizlos und dem Jodoform infolgedessen vorzuziehen, dürfte in dieser Verallgemeinerung nicht ganz den Thatsachen entsprechen.

In den *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. XXV, Heft 5, berichtet schon Goldfarb, der das Airol als Pulver bei Ulcera mollia benutzte, über Reizerscheinungen der Haut, die sich in Schmerzgefühl und Blasenbildungen äufserten.

Aemmer (*Dtsch. med. Wochenschr.*, 1897, No. 51) injizierte eine 10%ige Airolemulsion in einen Abscefs; es trat heftiger Schmerz auf, gefolgt von Jodismus in hohem Grade und einer schweren Wismutintoxikation.

Auch in den von mir beobachteten Fällen, einem Ulcus molle und einem Panaritium sub ungue digit. II, handelte es sich um starke Reizerscheinungen. Ich benutzte das Airol in Pulverform, darüber ein Watteverband. Beim Verbandwechsel, 24 Stunden später, klagte Patient mit dem Ulcus molle über grofse Schmerzen und starkes Hitzegefühl im Penis. Ich fand denselben ödematös geschwollen, an einigen Stellen der Epidermis beraubt, an anderen mit erbsen- bis bohnengrofsen mit seröser Flüssigkeit gefüllten Blasen bedeckt.

Bei dem Patienten mit dem Panaritium sub ungue, das ebenfalls 24 Stunden nach der Applikation des Airolpulvers frisch verbunden wurde, hatte sich gleichfalls eine vesikulöse resp. bullöse Dermatitis entwickelt, die das Dorsum manus und zum Teil noch das unterste Drittel des Unterarmes einnahm. Patient giebt an, schon vier Stunden nach Bestreuung mit dem Airolpulver brennende Schmerzen gefühlt zu haben. Temperatur war in beiden Fällen erhöht, 37,7 resp. 37,9.

Ich sistierte natürlich sofort mit der Airolbehandlung und unter Zinc. oxyd. und Talc. venet. ā heilte die Dermatitis ex usu Airolis in drei Tagen ab, während ich das Ulcus molle sowohl als das Panaritium mit Europhen zur Heilung brachte.

Jod war in beiden Fällen im Urin nicht nachzuweisen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. November 1898.

(Original-Bericht von Dr. John Hirsch.)

Zuerst demonstriert Herr Lesser einen Neger mit einem ausgedehnten **Akne-Keloid** am Nacken. Dann Herr Joseph eine Frau mit vernachlässigtem **ulcerösem Syphilid.** Hierauf zeigt Herr Rosenthal einen 7 Jahre alten Knaben, der an **Pityriasis rubra pilaris** leidet. Die Krankheit besteht seit einem Jahre. Er zeigt auf dem Kopfe die kleienförmige Schuppung, welche sich auf das Gesicht fortsetzt. Der Rumpf ist bis auf die Crena ani frei. An beiden Streckseiten des Ellenbogen-Kniegelenks sieht man die bekannten Auflagerungen. In der Gegend der Achillessehne zeigen sich Rhagaden. An beiden Volae manus ist eine gewisse Keratosis vorhanden. Auch bestand eine Verhornung einiger Follikel an den Phalangen. — Joseph bemerkt, dafs ihm das mikroskopische Präparat von verhornten Follikeln an der Dorsalseite der Phalangen fehle: Man könnte ebenso gut an Ichthyosis in diesem Falle denken. — Rosenthal betont, dafs das Leiden bei dem Knaben kein kongenitales sei; es bestehe erst ein Jahr. Ferner weist er auf das symmetrische Auftreten der Herde hin, ferner auf die Hornbildungen, welche den Follikeln entsprechen. Er hält an der Diagnose Pityriasis pilaris rubra fest.

Dann folgte ein Vortrag des Herrn Isaac II **über Photographien in natürlichen Farben nach dem Ives'schen Verfahren.** Er zeigte eine Anzahl Photogramme von Hautaffektionen. Herr Direktor Krayn, der hiesige Leiter der Chromoskopgesellschaft, führte dann noch eine Reihe ganz vortrefflich gelungener anderweiter Aufnahmen vor. Das neue Verfahren scheint für wissenschaftliche Zwecke von grofser Bedeutung zu werden.

Herr Casper hielt einen Vortrag: **Experimentelle Beiträge zur Wirkung des Argentum nitricum in der Harnröhre und Blase.** (Erscheint ausführlich in den *Monatsberichten ü. d. G.-L. a. d. G. d. K. d. Harn- u. Sexual-App.*). Es ist eine weit verbreitete Ansicht, dafs sogenannte „scharfe Einspritzungen", welche in die Harnröhre gemacht werden, später zu Strikturen derselben führen. Es leuchtet a priori ein, dafs es thatsächlich so ist, sobald die Einspritzung eine tiefgehende Ätzung hervorruft, deren Ausheilung eine Narbe bedingt. Denn bekanntermafsen wohnt jedem Narbengewebe eine retraktile Tendenz bei. Je tiefer die Narbe greift, je gröfser ihre Ausdehnung in der Circumferenz ist, um so erheblicher wird die Striktur werden. Ruft eine Einspritzung nur eine entzündliche Reizung hervor, so braucht daraus nicht eine Verengung zu resultieren, denn wir wissen, dafs das Produkt der Entzündung, die kleinzellige Infiltration, vollkommen resorbiert und das Gewebe wieder ad integrum hergestellt werden kann und auch oft hergestellt wird. Von einzelnen hervorragenden klinischen Lehrern wird behauptet, dafs in die Harnröhre eingespritzte stärkere Argentum-Lösungen die Ursache für spätere Strikturen abgeben. Da nun das Argentum nitricum trotz aller Neuerungen das souveräne Mittel für alle katarrhalischen Affektionen am Urinaltractus ist und in einer so ungeheuren Zahl von Fällen gebraucht wird, mufs einem Arzte schon bei dem Gedanken bange werden, jene behauptete Wirkung möchte richtig sein. Es giebt ja kaum eine Therapie, die so Allgemeingut der Ärzte geworden ist, wie die von Guyon empfohlenen

Instillationen mit 1—2 % Argentum nitricum. Die Entscheidung der Frage nach der Wirkung des Argentum nitricum konnte nur auf dem Wege des Experimentes gelöst werden, da wohl kaum jemals Gelegenheit geboten ist, menschliche Harnröhren zu untersuchen, von denen man bestimmt weifs, wann, wie lange und mit welchen Lösungen sie gelegentlich eines früheren Trippers behandelt worden sind. — Die Experimente wurden an Hunden und Kaninchen vorgenommen, und zwar wurden 1. drei Hunden und zwei Kaninchen längere Zeit hindurch 2 % Argentum-Lösung in gröfseren Zwischenräumen in die Harnröhre gebracht und die Tiere nach Verlauf von 6—9—12 Monaten getötet; 2. zwei Kaninchen 2 % Chlorzinklösung in gleicher Weise beigebracht und die Tiere nach 2—4 Monaten getötet; 3. wurde eine Anzahl Kaninchen nach erhaltener 2 % Argentum nitricum-Lösung, das eine nach zwei Stunden, das andere nach vier Stunden, ein drittes nach zwei Tagen, andere erst nach acht Tagen getötet, um an ihnen die frischen Stadien der Einwirkung des Argentum kennen zu lernen; 4. wurden zwei Hündinnen mittelst Katheter 150 ccm 2 % Argentum nitricum-Lösung in die Blase ca. 20 mal in gröfseren Zwischenräumen eingespritzt und die Tiere nach Ablauf eines halben Jahres getötet. — Die mikroskopische Untersuchung ergab bei Gruppe 1: Die Harnröhre ist weit, in der ganzen Circumferenz ragen zottenartige Ausstülpungen in das Lumen hinein, welche sich fächerartig aneinander legen. Der Epithelsaum ist gleichmäfsig dick. An einigen wenigen Stellen sieht man mit starker Vergröfserung feine schwarze Plättchen und Körnchen zwischen den Epithelzellen liegen. Die Kerne selbst erscheinen ganz regelmäfsig und gleichartig. Es folgt die Submucosa. Sie erscheint im Übersichtsbild in ihrer ganzen Ausdehnung normal. Es ist nicht eine Stelle zu sehen, wo etwa eine Zellanhäufung sich fände oder die Residuen einer solchen. Dagegen fällt sofort auf eine grofse Zahl verschieden grofser, zum Teil schwarzer, zum Teil grauschwarzer Körnchen, die ringsherum die ganze Schicht unterhalb des Epithels durchsetzen. Diese Körnchen sind zum Teil von minimaler Gröfse, sie haben die Form von kleinen Plättchen bis zur Gröfse eines Kernes. Sie sind ganz unregelmäfsig im Gewebe angeordnet; sie umgeben nicht etwa immer die Gefäfse oder sind Kernen angelagert, sondern liegen bald frei, bald mehr in der Nachbarschaft der Kerngebilde. Über die Grenzen der Submucosa hinaus findet man sie nur vereinzelt. Von einer Entzündung, einer Infiltration, oder deren späteren Stadien ist nichts zu sehen. Als Beweis, dafs die schwarzen Körner Silber oder eine Silberverbildung sind, gilt der Umstand, dafs sie sich in einer Cyankaliumlösung auflösen. — 2. Um einen Vergleich zu der Wirkung des Argentum nitricum zu haben, wurden zwei Kaninchenharnröhren mit Chlorzink behandelt, einer Substanz, von der wir wissen, dafs sie stark ätzend wirkt. Das Bild der Harnröhrenschleimhaut ist ein völlig verändertes. Zunächst ist der Übergang von der Epithelschicht zur Mucosa an einzelnen Stellen mehr, an anderen weniger verwaschen. Die Höhe des Epithels ist fast überall gegen das Normale vergröfsert, an einigen Stellen steigt es bis zur sechsfachen Höhe an. Die Gewebsschicht unter dem Epithel zeigt an einigen Stellen frische Rundzelleneinlagerung von verschiedener Dichtigkeit; am dichtesten erscheint dieselbe dort, wo auch die Epithelverdickung am stärksten war. An einigen Stellen sieht man an den Infiltrationsstellen Zelle an Zelle liegen, die Kerne sind fast alle rund und gleichmäfsig gefärbt. An anderen macht sich bereits etwas intercelluläres Gewebe bemerkbar; auch sehen die Infiltrationszellen nicht mehr so gleichmäfsig aus, sie sind verschieden von Gestalt, einzelne haben Spindelform. Die regelrechte Anordnung der Submucosa mit ihren überall gleichgerichteten Kernen ist durch diese Einlagerungen gestört. — 3. Ganz bemerkenswerte Veränderungen ergaben die Harnröhrenpräparate der Tiere, die kurz nach den 2 % Argentum nitricum-Einspritzungen getötet wurden. Statt des

üblichen Epithels mit Blaufärbung der Kerne sieht man den ganzen Epithelsaum in eine braune bis braunschwarze Masse verwandelt, die sich scharf gegen die Submucosa absetzt; letztere hat die gewöhnliche Färbung. In dem Epithelsaum sind Zellkonturen nicht mehr zu erkennen, an einzelnen Partien kann man noch Andeutungen der Kerne — sie haben schwarzbraune Farbe — wahrnehmen, an anderen sieht die ganze Masse schollenartig und homogen aus. Zwischen diesen liegen hier und da einige tief blau gefärbte runde Kerne, die eingewanderte Leukocytenkerne darstellen. Auch in den tieferen Schichten, in dem Bindegewebsanteil der Mucosa und in der Submucosa sind Reizungsvorgänge bemerkbar, die sich als solche durch eine ganz frische kleinzellige Infiltration dokumentieren. — 4. Es erschien des Weiteren wünschenswert, den Effekt des Argentum nitricum auf die Blasenschleimhaut festzustellen, da auch hier vielfach die Befürchtung besteht, dafs durch Argentum-Spülung der Blase Schrumpfung derselben bewirkt wird. Die Blasenschleimhaut ist faltig gebuchtet. Die Vorbuchtungen wechseln mit Einsenkungen ab. Das Epithel ist in gleichmäfsiger Höhe erhalten und gleichartig gefärbt. Es ist geschichtetes kubisches beziehungsweise Cylinderepithel. Die Kerne des submukösen Bindegewebes haben alle eine Richtung. Man sieht zwischen diesen keine Einlagerung. Dagegen zeigen sich besonders um die Gefäfse herum graue bis grauschwarze Körnchen. Nirgends sieht man irgend ein Zeichen einer Entzündung, einer frischen oder vergangenen. Der Silberbeschlag folgt zum grofsen Teil der Gefäfswand und zwar bis in die Muskelhaut hinein. Hier findet man einige Gefäfse, deren Wände von grauen Blättchen bedeckt sind, an einzelnen sieht man aber auch schwarze Silberkörnchen im Innern des Gefäfses liegen. — Alle Untersuchungen waren auf den einen wesentlichen Punkt gerichtet, ob die längere Zeit durchgeführte Argentum nitricum-Behandlung der Harnröhre und der Blase eine nachhaltige Veränderung speziell Schrumpfung des Gewebes herbeiführt. — Es ist belanglos, ob der unter dem Epithel gefundene pigmentartige Niederschlag reines Silber oder eine Silberverbindung ist. Der Umstand, dafs Cyankaliumlösung den Niederschlag auflöst, beweist nicht, dafs es sich um reines metallisches Silber handelt, denn es könnte ja eine unbekannte Silberverbindung gleichfalls durch diesen Stoff gelöst werden. Krysinski ist der Meinung, es handele sich um eine organische Silberverbindung. Dafs die Epithelien fast ganz frei von Silberablagerung bleiben, gleichviel, ob das Silber durch äufserliche Berührung mit den Schleimhäuten oder durch innerliche Einnahme per os in das Gewebe hineingebracht wird, darüber scheint Einigkeit zu bestehen. Cohnheim fand es „in den verschiedenen Organen und zwar teils in der Wand der kleinen Gefäfse, teils im Bindegewebe, z. B. der Haut und der Darmschleimhaut, dann auch in der Membrana propria etlicher Drüsenschläuche, so der Schweifsdrüsen, der Harnkanälchen; doch ist es bisher ebenso wenig gelungen, die Gesetze der Ablagerung des Silbers in den verschiedenen Geweben zu eruieren, von denen einzelne, wie die Epithelien und das Centralnervensystem ausnahmsweise frei zu bleiben scheinen, noch auch die Natur des ganzen Vorganges aufzuhellen." Die Präparate bestätigen, dafs das Silber durchaus nicht regelmäfsig in geordneten Zügen, sondern vielmehr ganz formlos, bald in feinen Körnchen, bald in grofsen dicken Klumpen liegt. — Die Präparate, welche von den Tieren stammen, die zwei Stunden beziehungsweise zwei Tage nach der einmaligen Silberinstillation getötet wurden, zeigen zunächst mit aller Präcision, dafs der Höllenstein nicht über die Epithelschicht hinausgeht, dafs er diese in eine braune schollige Masse verwandelt, dafs sich diese abgestorbene Masse bald abstöfst und dafs sich gesundes Epithel von neuem regeneriert. — War uns diese Thatsache schon von anderen Schleimhäuten her bekannt, so ist das wesentliche Ergebnis der Experimente mit den Tieren, welche mit Silbersalpeter behandelt wurden und längere Zeit nachher gelebt haben, dafs eine

nachhaltige dauernde Entzündung durch verschorfende Lösung in der Stärke bis zu 2 % weder in der Harnröhre, noch in der Blase hervorgerufen wird, dafs vielmehr lediglich eine Ablagerung von reduziertem Silber oder einer unbekannten Silberverbindung stattfindet, dafs ein Prozefs, der zu einer schrumpfenden oder narbigen Veränderung der oberflächlichsten wie der tieferen submukösen Schichten führt, nicht bewirkt wird. — Nach alledem dürfen wir jene vielfach bei Laien wie bei Ärzten obwaltende Ansicht, die üblichen Argentum nitricum-Injektionen oder Instillationen in die Harnröhre führen zu Strikturen derselben, in das Reich der Fabel verweisen. — Wir haben es, abgesehen von der Verschorfung der Oberfläche, mit einer chemotaktischen Wirkung des Argentum nitricum zu thun, die als eine vorübergehende örtliche Leukocytose in den tieferen Schichten der Mucosa und in den Bindegewebstraten der Submucosa anzusehen ist. Es beruht nun die bekannte bakterienvernichtende Eigenschaft des Blutes speziell des Serums auf Alexinen, deren Provenienz nach neueren Untersuchungen auf die weifsen Blutzellen zurückgeführt wird.

Zum Schlufs stellte Herr Pinkus eine Kranke mit **Folliculitis** vor.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 11. November (30. Oktober) 1898.

(Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau).

1. Glawsche stellte zwei Patientinnen mit Erscheinungen von **Lichen planus der Mundschleimhaut** vor. Bei der einen dieser Kranken fanden sich zahlreiche, perlmutterglänzende, bläulichweifse Flecke und Streifen auf beiden Wangen, dem hinteren Drittel der Zungenoberfläche und an den Zungenrändern, während sich auf dem Körper nichts nachweisen liefs. Bei der anderen Kranken wurden dieselben Veränderungen der Mundhöhle konstatiert, jedoch in schwächerem Mafse, dafür aber wies der Körper Lichenknötchen auf. Im Anschlufs an diese Demonstration sprach G. über die in der Litteratur veröffentlichten Fälle von Lichen planus der Mundhöhle und über die Diagnose dieser Affektion. Als charakteristisch für dieselbe sieht G. die Knötchen und den Perlmutterglanz an.

Diskussion. Sabolotski erklärt die Diagnose dieser Affektion für schwierig, wenn die Haut nicht miterkrankt ist. Erst kürzlich hat er einen Fall beobachtet, wo gar kein Perlmutterglanz zu erkennen war und wo die Diagnose nur Dank dem gleichzeitigen Vorhandensein von Lichenknötchen auf der Haut gestellt wurde. — Glawsche glaubt, dafs der Perlmutterglanz in diesem Falle durch die Behandlung verloren gegangen ist und betont die Möglichkeit einer Diagnose trotz fehlender Hauterkrankung. — Pospelow stimmt S. bei, dafs die Diagnose Schwierigkeiten machen könne, wenngleich jetzt, wo diese Erkrankung der Mundschleimhaut bekannt ist, sie auch diagnostiziert werden kann, wenn der Körper keine Veränderungen zeigt.

2. Tschlenow als Gast demonstriert die **mikroskopischen Präparate** zu dem in der Septembersitzung von Glawsche vorgestellten Fall **von Lupus vulgaris** beider Ohrläppchen. Es finden sich in dem Präparat vereinzelte Tuberkelbacillen.

3. Kracht stellt eine 49jährige Tagelöhnerin vor mit einem **Epitheliom** der rechten Nasenhälfte, welches er mit dem scharfen Löffel ausgekrazt und darauf ohne vorherige Ätzung mit Streupulver behandelt hat. Das Geschwür ist vernarbt. Im Anschlufs hieran berichtet K. über einen ähnlichen Fall, den er vor zwei Jahren gleichfalls mittelst Auskratzung behandelt hat und wo bis heute kein Recidiv erfolgt ist.

4. Tschlenow spricht über die **Färbung der elastischen Fasern** nach Weigert und rühmt diese Färbung gegenüber der Oreeinfärbung als bequemer und schneller zum Ziele führend. Zur Illustration demonstrierte T. sehr gelungene, nach Weigert gefärbte Präparate. — Orlow spricht sich sehr zufrieden aus über die Oreeinfärbung nach Tarnzer.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 26. Mai 1898.

1. **Ein Fall von hochgradiger Ichthyosis serpentina**, von A. Alpár. Patient ist 24 Jahre alt, von starkem Körperbau und athletischer Muskulatur und führt den Beginn seines Leidens auf sein 7. Lebensjahr zurück. In seiner Familie war angeblich niemand mit einem ähnlichen Leiden behaftet, nur sein Vater soll stets eine lebhaft rote, glänzende Haut haben, welcher Umstand darauf schliefsen liefse, dafs sein Vater auch wahrscheinlich an einer milden Form der Ichthyosis leidet. Das Leiden erstreckt sich auf den ganzen Körper mit Ausnahme der Handflächen und Fufssohlen. Die behaarte Kopfhaut ist mit kleienartigen Schuppen bedeckt, die Gesichtshaut rauh, Schnurr- und Backenbart kümmerlich entwickelt. Auf den oberen Extremitäten und auf dem Rumpfe ist die Haut reibeisenartig anzufühlen und verhältnismäfsig mit wenig linsengrofsen, dicken Hornlamellen bedeckt. Vom Gesäfse jedoch bis zu den Fufssohlen ist die Haut mit linsen- bis fingernagelgrofsen einige Millimeter dicken, weifslichen Hornschuppen dicht besetzt, so dafs die Haut ein fischartiges Aussehen zeigt. Die Beweglichkeit dieser Gelenke, hauptsächlich der Kniegelenke, ist ziemlich gehemmt, die Haut an diesen Stellen ist brüchig und blutet an manchen Stellen. Patient acquirierte vor einigen Wochen eine Sklerose und so wird es interessant sein, in welcher Form sich das syphilitische Exanthem entwickeln wird.

Róna hält den Fall nicht für Ichthyosis, da man auf einzelnen Stellen rote papulöse Stellen sehen kann mit und ohne Schuppenbildung, so dafs er die Erkrankung eher für ein psoriatiformes Exanthem ansieht. Einige Stellen erinnern an Morbus Jadassohni, andere an inveterierte und in Rückbildung begriffene Psoriasis vulgaris. (Die von Róna angedeuteten papulösen Efflorescenzen haben sich dann bedeutend vermehrt und entpuppten sich als ein grofspapulöses Syphilid. D. Ref.)

2. **Ein Fall von Conjunctivitis syphilitica acuta**, von S. Róna. Bei der Puella publica besteht seit 14 Tagen ein universelles maculo-papulöses Syphilid. Zu gleicher Zeit mit dem Auftreten des Exanthems entwickelte sich mit allen subjektiven und objektiven Symptomen eine heftige Conjunctivitis beider Augen. R. fafst diese Affektion als ein auf die Bindehaut lokalisiertes Syphilid auf, welches eine diffuse Infiltration zur Folge hat. — Goldzieher beobachtete im Jahre 1888 bei einem zwei und einem sechs Jahre alten Syphilisfall eine diffuse Infiltration der Conjunctiva, welche nur auf eine antisyphilitische Kur sich zurückbildete. Es ist ja längst bekannt, dafs auf der Conjunctiva einzelne hypertrophische und mit diphtheroidem Belag bedeckte Papeln syphilitischen Ursprunges beobachtet würden.

3. **Beitrag zur Behandlung der Bubonen**, von Somogyi. Verfasser behandelte 75 Bubonen, welche alle bereits vereitert und zur Operation reif waren. Er verwendete dabei folgende Behandlungsmethode: Nach Reinigung des Operationsterrains machte er mit dem Spitzbistouri einen ca. 5 mm breiten Einstich, entleerte den Eiter und spritzte eine 10%ige Jodoformglycerinlösung in die Bubonenhöhle ein, worauf ein Druckverband angelegt wurde. Der Verband wurde jeden 2.—4. Tag gewechselt. Von den 75 auf diese Art behandelten Fällen heilten 9 in 4 Tagen, 25 in 8 Tagen, 30 in 12 Tagen, 7 in 16 Tagen und 4 in über 16 Tagen. In den ersten 8 Tagen

heilten also 45,3%, in 12 Tagen 85,3% und in 16 Tagen 94,6%. Verfasser führt die günstigen Resultate teilweise auf den kleinen Einstich und auf das aufs Minimum reduzierte Eingreifen in die Gewebe, teilweise auf die antiseptische Wirkung des Jodoforms zurück.

Alpár macht S. auf die Litteratur aufmerksam, welche ihm in jeder Beziehung Aufklärung verschaffen würde. Sowohl diese Methode ist eine schon seit Decennien bekannte und bereits verlassene, als auch bezüglich der Aufklärung der guten Resultate mögen ihm die neueren Arbeiten der Autoren zur Richtschnur dienen, welche zur Genüge nachgewiesen haben, dafs der überwiegend grofse Teil der Schankerbubonen eigentlich als aseptischer Gewebszerfall aufzufassen ist, also ein jedwedes antiseptisches Mittel entbehrt werden kann. Charakteristisch dafür ist die in jüngster Zeit erschienene Publikation von Waelsch, der durch Einspritzung von gewöhnlicher physiologischer Kochsalzlösung ebenso gute Resultate erzielt hat wie diejenigen, die mit antiseptischen Mitteln arbeiten. A. verfügt bereits über eine grofse Serie von geheilten Bubonen, bei denen er blofs den Einstich machte, den Eiter entleerte und mit Burowscher Lösung einen Druckverband anlegte. Die meisten dieser Fälle heilten im Verlaufe von 2—8 Tagen. *A. Alpár-Budapest.*

Fachzeitschriften.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band III, Heft 10.

Über die wichtigsten wechselseitigen Beziehungen zwischen den Erkrankungen des Harn-Sexualapparates und denen anderer Organsysteme, von Albert Seelig (Schluss). Verfasser erörtert fortfahrend zunächst die Beziehungen der Infektionskrankheiten zum Urogenitalsystem. Die Retention, Cystitis, Hämaturie (bei Variola, hämorrhagischem Scharlach), Orchitis und Epididymitis (bei Parotitis epidemica und Typhus abdominalis) sind hervorzuheben. Zahlreich sind natürlich die Beziehungen der Tuberkulose zum Urogenitalsystem, ebenso wie diejenigen der Syphilis. Ein grofses Gebiet betritt Verfasser mit der Erörterung der Nervenkrankheiten. Die funktionellen Neurosen erzeugen reizbare Blase, Spasmus des Sphincter, seltener des Detrusor, Paresen dieser Muskeln, Enuresis nocturna, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der Harnröhre, Genital- und Sexualanomalien aller Art, Pruritus. Umgekehrt verdanken manche funktionellen Neurosen Anomalien des Harn-Sexualapparates (Prostatitis chronica!) ihre Entstehung. Aus der Besprechung der organischen cerebralen und spinalen Erkrankungen sind besonders die letzteren und unter ihnen die Tabes interessant. Die Dysurie, die „Incoordination motrice de la vessie", das unwillkürliche Abträufeln des Harns nach langer Retention, das Nachträufeln, die Crises vesicales et urethrales sind besonders zu erwähnen. Bei den anderen Rückenmarksleiden handelt es sich gewöhnlich nur um Retention oder Inkontinenz. In der Genitalsphäre kommen bei Hirn-Rückenmarksleiden auch viele Anomalien vor, die auch vom Verfasser an der Hand der physiologischen Grundgesetze besprochen werden. — Bietet die Arbeit auch nur eine fleifsige Zusammenstellung des bekannten, so ist sie doch als Bindeglied zwischen der Urologie und der Gesamtmedizin sehr willkommen zu heifsen.

Bericht über 52 bakteriologisch interessante Fälle von infektiöser Erkrankung des Harntractus, von Max Melchior. Seit der Veröffentlichung seines Buches über die Cystitis und Urininfektion im Jahre 1893 hat Verfasser weitere 52 Fälle bakteriologisch untersucht. Zunächst 4 Fälle reiner Bakteriurie. Von diesen zeigten 3, Frauen betreffend, eine Reinkultur von Bacterium coli, einer von einem Diplococcus ureae liquefaciens. Der Harn war stets diffus getrübt, sauer. In den drei Fällen mit Bacterium coli bestand einmal Nephrolithiasis und chronische Diarrhoe, einmal Nephritis e scarlatina, einmal Endometritis; in letzterem Falle trat in einer Woche Heilung nach vesikalen Injektionen von Arg. nitr. 1 : 500 ein. Bei dem vierten Falle trat die Bakteriurie bei bestehender chronischer Urethritis und Prostatitis nach einem sexuellen Exzefs plötzlich ein. Ferner untersuchte Verfasser 30 Fälle von Cystitis und 7 von Cysto-Pyelo-Nephritis; es wurde gefunden: Bacterium coli 16 mal, in Reinkultur 14 mal, Diplococcus ureae liquefaciens 10 mal, in Reinkultur 8 mal, Proteus Hauser 6 mal, in Reinkultur 3 mal, Staphylococcus pyogenes aureus 3 mal, in Reinkultur 2 mal. Fünfmal war die Cystitis spontan entstanden, stets bei Frauen, durch Autoinfektion von der Harnröhre. — 16 mal war der Harn ammoniakalisch, 21 mal sauer; in 15 von letzteren Fällen war das Bacterium coli zu finden. Auch harnstoffzersetzende Bakterien können eine Cystitis mit saurem Urin hervorrufen. In 11 Fällen war Niere der Hauptsitz oder der Ausgangspunkt der Infektion; darunter bestand 4 mal Tuberkulose; 3 mal war eine Colipyelitis, 1 mal eine Colicystitis, 3 mal eine Infektion durch harnstoffzersetzende Bakterien vorhanden. — Verfasser kommt wiederum zu dem Schlusse, dafs das Bacterium coli die häufigste Ursache der Bakteriurie bei saurem Harn ist. Daneben kommen aber auch noch andere z. B. harnstoffzersetzende Bakterien in Betracht. Die Bakteriurie kann renalen und vesikalen Ursprungs sein; in letzterem Falle spielt die Prostata bisweilen eine grofse Rolle als Infektionsherd. Auch bei Cystitis, Pyelitis, suppurativer Pyelo-Nephritis ist das Bacterium coli die häufigste Bakterienform. Bei Cystitis kann saurer Harn vorhanden sein, selbst wenn harnstoffzersetzende Bakterien vorhanden sind. Das Bacterium coli kann durch letztgenannte Bakterienart verdrängt werden. Durch hämatogene Infektion vom Darm aus vermag das Bacterium coli Cystitis und Pyelitis herbeizuführen; erstere kann sich sekundär an letztere anschliefsen. Pyelonephritis kann durch harnstoffzersetzende Bakterien ohne jede Komplikation mit Cystitis bei saurem Harn erzeugt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 7, 8, 9.

Über die Hyperkeratosis figurata centrifuga atrophicans, fälschlich Porokeratosis genannt, von A. Ducrey und Emile Respighi (Pisa). Diese sehr umfangreiche und erschöpfende Arbeit baut sich auf elf sorgfältig beobachteten Fällen auf. Hierbei ist bemerkenswert, dafs diese 11 Fälle im ganzen aus drei Familien stammten, die mit einander verschwägert waren, und es geht aus den Mitteilungen der Verfasser hervor, dafs das Leiden, um das es sich hier handelt, wohl durch Vererbung, aber nicht durch Berührung übertragbar ist; es wird ausdrücklich erwähnt, dafs die Porokeratose nicht von einem auf den andern Ehegatten überging (S. 645). Als interessante Einzelheit ist ferner zu erwähnen, dafs in der einen Familie nur diejenigen beiden Mitglieder von dem Leiden befallen wurden, die von der nämlichen Amme genährt waren. Die Amme, Liberata Nel . . . , litt an Porokeratose und ihre beiden eigenen, von ihr gesäugten Kinder erkrankten später auch daran. Nach den Erfahrungen der Verfasser ist die Zahl der erkrankten Männer doppelt so grofs wie

die der Frauen. Die Patienten stammen fast ausschliefslich aus der Landbevölkerung und den Arbeiterschichten. Die Krankheit kann schon in der Kindheit beginnen (ein Fall); die ersten kleinen Hautknötchen pflegen sich am Kopf, an den Händen oder den Füfsen zu zeigen. Diese drei Körperteile, einschliefslich der Geschlechtsorgane, sind auch in der Folge am meisten bei der Erkrankung beteiligt. Neben der Haut ist auch häufig die Schleimhaut des Mundes mitergriffen. Die Hyperkeratose äufsert sich in der Bildung von Hautknötchen, die von den Verfassern nach allen ihren Eigenschaften eingehend gewürdigt werden. Sie können, was ihre Gröfse anbelangt, submiliar bleiben, überschreiten dieses Mafs aber meistens und erreichen zum Teil den Umfang von Münzen. Sie sind rund, oval, elliptisch, viereckig, biskuitförmig u. s. w. und bestehen aus einem etwas hervorragenden Rand und einer von diesem eingeschlossenen Fläche. Der wulstförmige Rand ist fast immer ganz geschlossen, schmutzig weifs bis gelbbraun gefärbt, glatt und leicht schuppend; zuweilen ist er noch von einer engen Furche durchzogen. — Die von dem Wulst umrahmte Fläche ist in der Regel rotbraun oder bräunlich gefärbt, glatt oder etwas runzelig und mit wenigen Schuppen bedeckt; zuweilen ist sie auch mit ganz kleinen Höckerchen versehen. Daneben ist die Haut im Umfange des Wulstes atrophisch und liegt tiefer als die umgebende gesunde Epidermis; an behaarten Körperteilen ist sie der Haare beraubt. Von dieser im allgemeinen zutreffenden Beschaffenheit der hyperkeratotischen Elemente weichen einzelne gröfsere Neubildungen, die sich namentlich an den Händen und Füfsen finden, in wesentlichen Stücken ab. Auch diese Verschiedenheiten werden sorgfältig beschrieben. Die Gebilde wachsen nur sehr langsam und können, wenn sie nahe genug bei einander stehen, im Laufe der Jahre ineinanderfliefsen und ein gröfseres Element bilden. Die von ihnen verursachten subjektiven Beschwerden sind sehr gering; sie fehlen auf der Schleimhaut ganz, so dafs die Patienten erst von den untersuchenden Ärzten erfuhren, dafs auch die inneren Teile ihres Mundes erkrankt seien. — Ein gröfserer Abschnitt ist auch der Histologie der Neubildungen gewidmet, und es ist interessant zu erfahren, dafs der mikroskopische Befund bei den Gebilden der Haut und der Schleimhäute, von einigen Einzelheiten abgesehen, übereinstimmt. Die ganz kleinen Hautknötchen sind oft, wie das Mikroskop erweist, von einem Haar oder von dem Ausführungsgang einer Drüse durchsetzt. — Eine eingehende Besprechung der klinischen und histologischen Befunde führt die Verfasser dazu, in ihrer Hyperkeratose einen Krankheitstypus sui generis zu erblicken, den auch von dem Wilsonschen Lichen trotz mancher äufseren Ähnlichkeiten wesentliche Verschiedenheiten trennen. In einem ebenso erschöpfend wie die übrigen Teile gehaltenen Schlufsabschnitt werden alle bisher veröffentlichten Fälle einer eingehenden Besprechung unterzogen. Wer sich über die Porokeratose unterrichten will, findet in der Arbeit von Ducrey und Respighi alles Wissenswerte in mustergültiger Weise zusammengestellt. (Anm. d. Red.: Man vergleiche die Antwort Prof. Mibelli über die Porokeratosis-Frage im *Arch. f. Derm. u. Syph.*; Referat folgt.)

Über die Dermatosis bullosa hereditaria et traumatica, von H. Hallopeau. Die Abhandlung giebt eine klinische Darstellung alles dessen, was über die interessante Krankheit, die in Deutschland noch am häufigsten beobachtet wurde, schon bekannt ist. Eigene, bereits früher bekannt gegebene Beobachtungen sowie die übrigen, noch nicht sehr zahlreichen Beobachtungen dienen dem Verfasser dabei als Unterlage. Gegenüber den andern, über die Ätiologie aufgestellten Hypothesen verteidigt er seine Ansicht, dafs dieser Dermatosis bullosa eine Angioneurose zu Grunde liege.

Über Haut-Tuberkulose im Anschlufs an Masern, von Du Castel. Du Castel hat im Laufe der letzten Jahre drei Fälle beobachtet, in denen unmittelbar nach den

Masern eine Dermatose sich einstellte, die er für Lupus planus ansprach. Sie bestanden in Tuberkeln der Cutis und waren herdweise an verschiedenen Stellen des ganzen Körpers angehäuft. Verf. bringt diese Fälle mit einer Mitteilung in Zusammenhang, die Haushalter in der letzten Mai-Sitzung der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie vortrug. Auch in den beiden Fällen, über die H. berichtete, schloſs sich das Hautleiden unmittelbar an die Masern an und Du Castel ist der Ansicht, daſs auch die Patienten von H. an Lupus planus tuberculosus litten, nur war das Leiden bei ihnen durch einen Lichen scrophulosorum kompliziert und verdeckt. Der Lupus planus des Verfassers befällt Gesicht und Extremitäten, namentlich die oberen; der übrige Körper kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Die Dermatose bricht sehr bald nach Ablauf der Masern aus, erreicht schnell ihre höchste Entwicklung und bleibt dann im ganzen unverändert. Hin und wieder verschwindet mal ein Knötchen von selber, wobei nicht immer eine Narbe zurückbleibt.

Türkheim-Hamburg.

The British Journal of Dermatology.

Oktober 1898.

Pharmazeutische Bemerkungen, von Herbert Skinner - London. Der Verfasser giebt die Formel für eine sehr nützliche, flüssige, überfettete Seife an, die je nach Bedarf in verschiedenen, vom Arzte vorzuschreibenden Quantitäten beim Baden gebraucht werden kann. Es können ihr nötigenfalls auch medikamentöse Zusätze gemacht werden.

℞ *Oleic. acid.* 60,0
Alcohol (90%) 90,0
Solut. ammonii q. s.
Aq. ad 180,0
Vanillin. q. s. ad grat. odor.

Ferner empfiehlt der Verfasser als Salbengrundlage eine Wollfett und Lanolinseife enthaltende Masse, welche auf der Haut eintrocknet und nach einigen Stunden, wenn mit etwas verrieben, einen Seifenschaum produziert, der für die Nacht eine wirksame Decke bildet.

℞ *Lanolinseife* 15,0
Adip. Lan. anhydric. 15,0
Aq. dest. 60,0

Zuerst wird die Seife in Wasser verflüssigt und das geschmolzene Wollfett hinzugefügt, beides im Mörser tüchtig verrührt, bis eine homogene Paste entsteht. Dieselbe ist in luftdichten Gefäſsen aufzubewahren oder jedesmal frisch zu bereiten. — Ein anderes Wollfettpräparat giebt folgende Formel an:

℞ *Glycérolé d'amidon* (*Glycerin* 15: *Amyl.* 1,0) 15,0
Wollfett 15,0
Weiſses Vaselin 4,0

Dasselbe wird besser absorbiert als irgend eine bekannte Salbe. — Ein als „All Heil" angekündigtes Mittel gegen Ekzem wird nach folgender Formel angefertigt:

℞ *Lanolin. anhydric.* 15,0
Camphorae 2,0
Glycerin. plumbi subacetici 15,0

November 1898.

I. **Pellagra in Ägypten,** von F. M. Sandwith - Cairo. Der Verfasser hat seit dem Jahre 1893 etwa 500 Fälle von Pellagra beobachtet. Unter 437 Hospitalpatienten,

welche mit dieser Affektion behaftet waren, befanden sich 344 zwischen dem 20. bis 40. Lebensjahre stehende männliche Personen. Hieraus ist nicht der Schluſs zu ziehen, daſs die Krankheit hauptsächlich das männliche Geschlecht befällt, weil vorwiegend männliche Patienten das Hospital aufsuchen. Der Nationalität und ihrem Berufe nach waren die meisten ägytische arme Landleute aus dem Nil-Delta. — Was die Ursachen der Affektion betrifft, so glaubt Verfasser nicht, daſs die Sonnenstrahlen allein die wahre Pellagra hervorrufen. Ebenso wenig schlieſst er sich der Ansicht derjenigen Autoren an, welche die Pellagra als eine Folge von Hungersnot ansehen. Armut, Malaria, Alkoholismus und parasitische Krankheiten, wie Anchylostomiasis und Bilharziosis sind für sich allein nicht genügend, um Pellagra entstehen zu lassen, wiewohl sie wichtige prädisponierende Momente abgeben. — Nach Balardini sind im Mais vorkommende Pilze wahrscheinlich die Ursache der Krankheit. — Da man verschiedene Pilze im kranken Mais gefunden hat, so ist es nach der Ansicht des Verfassers nicht bewiesen, welcher Pilz die toxischen Wirkungen beim Menschen produziere. Sicher ist, daſs der Genuſs von krankem Mais eine Prädisposition für die Erkrankung abgebe. — Das erste Symptom der Krankheit ist ein Ausschlag, dessen Ausbruch einige Prodromalsymptome wie Konstipation oder Diarrhoe, Magen- und Leibschmerzen, Durst, Mattigkeit Schwindel, Kopfschmerz, Ohrensausen und Herzklopfen ankündigen. Es läſst sich in Ägypten allerdings nicht leicht feststellen, welche von diesen Prodromalerscheinungen auf die gleichzeitige Anwesenheit von Anchylostoma zurückzuführen seien. Die Affektion ist charakterisiert durch ein Erythem, welches gewöhnlich zuerst die Handrücken befällt, mit Schwellung und Spannung verknüpft ist und langsam im Laufe der nächsten Monate nach unten und oben weiter kriecht, während die älteren Partien eine Desquamation durchmachen Schmutzig graue oder braune Epidermisfetzen fallen ab und hinterlassen eine reine, scheinbar gesund aussehende Fläche. Die mit intensivem Brennen und Jucken einhergehende Krankheit zieht sich durch Jahre hin. Mit jedem Jahre hinterläſst das Erythema pigmentierte und hypertrophische Hautstellen. Schlieſslich kann es, namentlich wenn das Gesicht mitbefallen war, zu einem eigentümlich ichthyotischen Zustande kommen, in welchem die pigmentierten Patienten wie Affen aussehen.

Auf das Stadium der Verdickung der Haut folgt eine unheilbare Atrophie, diese jedoch erst, wenn die Krankheit wenigstens fünf Jahre gedauert hat. — Was die Schleimhäute betrifft, so beobachtet man bei $^3/_4$ der Patienten Verlust des Epithels der Zunge. Hand in Hand mit demselben gehen Verdauungsstörungen, bald Konstipation, bald Diarrhoe. Die Patienten magern ab, schlafen schlecht, zeigen sich psychisch deprimiert. Diese Depression kann schlieſslich in Melancholie übergehen. In anderen Fällen sind die Patienten reizbar, aufgeregt bis zur Dementia. Von 166 vom Verfasser im Allgemeinen Krankenhaus behandelten Fällen waren nicht weniger als 102 melancholisch oder vollständig verrückt. Die Behandlung vermag die psychischen Erscheinungen wohl zum Schwinden zu bringen. Aber in keinem einzigen Falle ist wirkliche Heilung erfolgt. — Die Diagnose der Pellagra bereitet denjenigen, welche mit der Psoriasis, Ichthyosis oder Lepra gut vertraut sind, keine Schwierigkeit oder solche höchstens im Beginne, wenn die Patienten noch keine charakteristischen Anzeichen eines Ausschlages, oder einer alten Dermatitis, von Pigmentation oder Atrophie aufzuweisen haben. In solchen Fällen werden gewisse andere Symptome wie die Exfoliatio linguae, Veränderungen der Kniereflexe, Schlaflosigkeit, Spannung im Rücken etc. auf die richtige Diagnose hinleiten. — Die Behandlung besteht in Bettruhe, kräftiger Nahrung und Tonicis für die überarbeiteten und schlecht genährten Patienten vom Lande, Verbot des Genusses von Mais. Als Tonica sind zu empfehlen Arsenik oder noch besser wegen der gleichzeitig vorhandenen Anämie Eisensulphat.

Sodann sind Mittel zur Reinigung des Darmes von Würmern am Platze. Massage und Elektrizität bessern zuweilen die nervösen Erscheinungen. Äufserlich appliziert Verfasser Zinksalbe einmal täglich. Die Mehrzahl der Patienten fühlen Erleichterung im Jucken, wenige klagen über Zunahme desselben. — Der Verfasser hat weitere Details über die Pellagra auf der zu Edinburgh abgehaltenen Jahresversammlung der British Medical Association vorgebracht.

II. **Drei Fälle von syphilitischer Infektion infolge Tättowierens**, von W. Th. Thomas-Liverpool. Der Verfasser beschreibt drei Fälle. In Fall 1 hatte sich ein 23jähriger Arbeiter eine „Venus" auf seiner vorderen Thoraxhälfte tättowieren lassen. Der Tättowierer hatte die gravierten Stellen mit seinem Speichel angefeuchtet. Es entwickelten sich in der Venusgestalt zwei harte Schanker. In allen drei Fällen kam es zu sekundären Erscheinungen.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Der Chemischen Fabrik Valentiner & Schwarz in Leipzig-Plagwitz, welche sich bereits durch ihre Patente auf „Salpetersäure-Darstellung im Vacuum", „Malarin" etc. im In- und Auslande einen Namen gemacht hat, ist neuerdings wieder ein Deutsches Reichspatent auf ihre Fluorpräparate: **Difluordiphenyl, Fluorphenetol, Fluorxylol** etc. erteilt worden. In den übrigen Kulturstaaten ist die neue Erfindung, welche auf medizinischem Gebiete berechtigtes Aufsehen erregt hat, ebenfalls unter Patentschutz gestellt worden. Bekanntlich haben obige Fluorpräparate, welche unter den Namen „Antitussin" (gegen Keuchhusten, Hals- und Rachenkrankheiten), „Fluor-Rheumin" (gegen Rheumatismus, Reifsen, Hexenschufs) und „Epidermin" (gegen eiternde und Brandwunden, Flechten etc.) in den Handel kommen, gegen die genannten Leiden ausgezeichnete Erfolge erzielt, wie ärztlicherseits erprobt und festgestellt worden ist.

Über den therapeutischen Wert der Vasogenpräparate, von Prof. Adolfo Fasano-Neapel. (*Arch. intern. di med.* 14., 3. J. H. 98.) Verfasser berichtet über die eigenen Erfahrungen, die er in der Privat- wie Krankenhauspraxis mit den Vasogenpräparaten sammeln konnte. Letztere gelangten bei den verschiedensten Erkrankungen der Respirationsorgane sowie bei einer Reihe von Hautkrankheiten und syphilitischen Affektionen zur Anwendung. Befriedigend waren die Resultate, die er mit dem Ichthyol- resp. Jodoform-Vasogen in einer Reihe von Hautaffektionen (12 Fälle von Ekzem, 8 von Akne, 7 von Psoriasis und 5 von Pityriasis versicolor) erzielte. In diesen Fällen wurde das Mittel nicht nur zu äufseren Einreibungen in die Haut verwandt, sondern zu gleicher Zeit innerlich gegeben. Bei venerischen und syphilitischen Affektionen gelangte das 6%ige Jodvasogen zur Anwendung, ebenfalls mit bestem und schnellem Erfolge. (Epididymitis blennorrhoica acuta 6, chronica 4, Adenitis inguinalis nach Ulcus molle 8, Syphilide der Haut und Schleimhäute 18 Fälle). Schliefslich betont Verfasser noch die Annehmlichkeiten und Vorzüge der 33⅓ und 50%igen Hg-Vasogensalben in der Behandlung der Syphilis. Die Absorption des Quecksilbers geht in dieser Form ganz rapide vor sich, sodafs die Fälle überaus schnell zur Heilung kommen.

Zur Charakteristik der Eisensomatose, von H. Goldmann-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 49.) Die Versuche bei chlorotischen Mädchen lehren, daſs die Eisensomatose eine relativ geringe Zunahme des Hämoglobingehaltes bewirkt, daſs aber das Allgemeinbefinden beträchtlich gebessert wird, daſs sie Stuhlverstopfung beseitigt, den Appetit anregt. Sie wurde gern genommen (dreimal täglich ein gestrichener Kaffeelöffel in warmem Wasser mit Milch, Kaffee, Suppe, Kakao etc.). Das Mittel dürfte auch als Kräftigungsmittel bei Haut- und Geschlechtskranken mit bestem Erfolge gegeben werden können. *A. Strauſs-Barmen.*

Über die therapeutische Verwendung der Milchsomatose, von zum Busch, Oberarzt am deutschen Hospital in London. (*Die Heilkunde.* 1898. No. 7.) Die Milchsomatose, ein bräunlichgelbes, geruchloses und fast geschmackloses, haltbares Pulver, wird mit etwas kaltem Wasser verrieben und nach Zusatz von heiſsem Wasser allen möglichen Flüssigkeiten zugesetzt. Als leicht verträgliches und gut ausnützbares Nahrungsmittel wird sie in der Rekonvalescenz nach schweren Erkrankungen verschiedenster Art empfohlen. *A. Strauſs-Barmen.*

Nosophen und Antinosin in der Behandlung von Harnröhren- und venerischen Erkrankungen mit Bericht über Fälle, von Dundore. (*New York Med. Journ.* 23. April 1898.) Verfasser lobt die guten Eigenschaften beider Medikamente bei allen möglichen Erkrankungen, da sie gut überhäutend, pilztötend etc. wirken. *F. Hahn-Bremen.*

Xeroform bei Hautkrankheiten der Kinder, von M. Berend. (*„Kinderheilkunde" des „Orvosi hetilap"*, Budapest, 5. Juni 1898.) Feuchte Ekzeme, die wochenlang erfolglos behandelt waren, heilten durch Xeroform in 1—2 Tagen. Gute Resultate wurden bei Gesichtsekzemen, allgemeinen Ekzemen, Intertrigo erzielt. Es wurde als Streupulver oder in Salbenform verwandt. Es äuſsert auch eine anästhesierende und jucklindernde Wirkung. In chronischen Fällen wird nach dem Eintrocknen des Ekzems 5%ige Xeroform-Zinksalbe oder auch Xeroform-Präcipitatsalbe empfohlen. *A. Strauſs-Barmen.*

Über die gelbe Quecksilberoxydsalbe, von Fr. Schanz-Dresden. (*Centralbl. f. Augenheilk.* Jan. 1898.) Verfasser empfiehlt, im Sinne Unnas, statt der gelben Quecksilberoxydsalbe eine Kühlsalbe in der Zusammensetzung: Hydr. oxyd. v. h. recent. par. pult. 0,1—0,2—0,5. Adeps. lanae, Aq. destill. ää 1,0—2,0. Vaselin. amer. alb. pur. ad 10,0. Sie lindert besser den Juckreiz und ist in der Lage, sich leichter mit der Thränenflüssigkeit zu mengen. *A. Strauſs-Barmen.*

Graue Quecksilbersalbe aus colloidalem Quecksilber bereitet. (*Pharm. Centralhalle.* 1898. No. 30.) Colloidales Quecksilber, zu dessen Darstellung salpetersaures Zinnoxydul als Reduktionsmittel gebraucht wird, stellt matte, schwarze Stückchen dar, die sich in Wasser mit schwarzbrauner Farbe lösen. Im Porzellanmörser sondern sich beim trocknen Reiben Quecksilberkügelchen ab. Dieserhalb wurde das Präparat zur Herstellung der grauen Quecksilbersalbe verwandt, indem es mit Wasser benetzt, fein verrieben und dann mit der erkalteten Talgfettmischung (D. A.-B. III) innig gemengt wird. Nach minutenlangem Verreiben auf der Haut sind Quecksilberkügelchen durch die Lupe nicht mehr erkennbar. *A. Strauſs-Barmen.*

Über das Verhalten von Jodfetten im Organismus und deren therapeutische Verwendung, von H. Winternitz. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1897. No. 23.) Versuche an Tieren ergaben den Nachweis, daſs Jodfett fast überall im

Körper zum Ansatz gelangt. Seine therapeutische Wirkung dürfte der des Jodkalium gleichen, da es in Jodalkali übergeführt wird. Analog den Jodfetten (Jodipin) verhalten sich die Bromadditionsprodukte der Fette (Bromipin). Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Jodfette fehlen noch. *A. Strauß-Barmen.*

Die Sozojodolsalze und ihre Anwendung auf medizinischem und chirurgischem Gebiete, von A. Fasano. (*Ärztl. Monatsschr.* 1898. No. 3.) Vielfachen Gebrauch hat Verfasser von den Sozojodolsalzen auch bei venerischen und syphilitischen Affektionen gemacht. Bei Blennorrhoea acuta waren sehr gute Erfolge zu erzielen mit Zinc. sozojodolicum 1,0—2,5; Aq. destillat. 200,0; Tinct. Op. simpl. 5,0. — Bei Blennorrhoea chronica wurde verwendet; Zinc. sozojodol. 1,5—2,0; Bism. salicyl. 2,0; Aq. destill. 200,0. — Im Beginne wurden immer die stärkeren Koncentrationen gegeben. Heilung akuter Fälle in 7—12 Tagen mit Gonokokkenschwund, der chronischen in 12—20 Tagen. (Dagegen ist ja das vielgenannte Protargol der reine Waisenknabe. D. Ref.) — In geöffnete Bubonen wurde Natr. sozojodol. 1,0—2,0; Lycopodii 5,0—20,0 eingestreut, schnelle Heilung. — Gegen Ulcus molle ist das Natrium sozojodolicum ein wahres Specificum; selbst die schwersten Fälle heilten in 6 bis 10 Tagen. — Sozojodol-Quecksilber bewährte sich ausgezeichnet bei Lues. Es wurde äußerlich angewendet: Hydrarg. sozojodol. 1,0; Amyl. pulv. 15,0—20,0; innerlich: Hydrarg. sozojodolic. 1,0; Laudani pur. 0,2 (Extr. gent. q. s. ut. f. pilul. No. 30; D. S. Mittags und abends eine Pille). Diese Pillen wurden gleich beim Auftreten der Sklerose gegeben. Im Sekundärstadium wurde Hydr. sozojodol. nach der Schwimmer'schen Formel injiziert: Hydrarg. sozojodol. 0,8; Aq. dest. 5,0; Kal. jodat. 1,6; Aq. dest. ad 10,0 (Filtra. DS. Zur subcutanen Injektion). — Der Injektion wurde 6 Minuten vorher eine Injektion von 0,04—0,05 Cocain. muriat. an der Injektionsstelle vorausgeschickt. — In Verbindung mit roborierender Behandlung erzielten die Injektionen auch bei ulcerösen und gummösen Formen vorzügliche Resultate. — Von dermatologischen, nicht venerischen Erkrankungen bewährte sich Sozojodolkalium bei Verbrennungen als 5%ige Salbe oder als 10%iges Pulver, mit Talcum gemischt. Sozojodolzink heilte schnell schwere Gesichtserysipele, als 10%ige Lösung aufgepinselt. Dieselbe Lösung als Injektion heilte zwei Fälle von Pustula maligna. Demnächst ist. dann noch die Heilung von Ulcera cruris mit Sozojodolzink (1 : 15 Talcum) oder 10%iger Salbe von Sozojodolnatrium und Sozojodolkalium. Das erstgenannte entfaltet eine energische adstringierende Wirkung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Trinitrophenol in der Dermotherapie, von Moncorvo jun. (*La Semana médica.* 1898. No. 20.) Verfasser hat die Pikrinsäure in schwachen Lösungen 1% mit Zusatz von Menthol — es wird nicht angegeben, wie dieses Präparat hergestellt wird) bei verschiedenen Hautaffektionen mit dem besten Erfolge angewendet, so unter anderen bei Verbrennungen, akuten und atonischen Ekzemen, impetiginösem Ekzeme, Erysipel etc. Das Präparat entfaltet eine mächtige antiseptische, analgetische, antiphlogistische und kurative Wirkung, ist in der genannten Koncentration absolut nicht gefährlich. *C. Müller-Genf.*

Erfahrungen mit der Itroltherapie bei venerischen Krankheiten, von Sprecher. (*Gazzetta med. di Torino.* 1898. No. 18.) Verfasser hat das Präparat in Form von wässerigen Lösungen (1 : 4000) und in Pulver bei den verschiedenen venerischen Affektionen angewendet. Bei Ulcus venereum und Blennorrhoea urethrae, besonders den chronischen Formen der letzteren, war der Erfolg ein beinahe negativer, besser dagegen bei syphilitischen Efflorescenzen (harter Schanker, Plaques muqueuses der Ano-Genitalgegend, ulcerierte Syphilide). Er wäscht die affizierten Stellen mit

der genannten Lösung energisch ab, streut Itrolpulver auf und macht einen Okklusivverband. In diesen Fällen wirkt das Itrol besser als das Jodoform.

C. Müller-Genf.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die chirurgische Behandlung gewisser Fälle von tertiärer Syphilis, von W. W. Cheyne. (*Brit. med. Journ.* 27. Nov. 1897.) Es giebt nach der Ansicht des Verfassers Fälle von tertiärer Syphilis, die auch den energischsten Kuren mit Jodkalium und Quecksilber hartnäckig widerstehen, dagegen durch einen zweckmäfsigen operativen Eingriff geheilt werden. Einige Fälle illustrieren das Gesagte. Ein 40jähriger Mann leidet seit Jahren an einer syphilitischen Ulceration der Wange. Der Patient wird vom ersten Erscheinen der Affektion an antisyphilitisch behandelt. Es tritt wohl zeitweilig Besserung, aber keine völlige Heilung ein. Der Verfasser excidiert die etwa zweimarkstückgrofse erkrankte Partie, transplantiert gesunde Haut in die Excisionswunde und bewerkstelligt auf diese Weise vollständige Heilung.

C. Berliner-Aachen.

Tertiäre Syphilis der Vagina, von Viannay. (*Lyon méd.* 1898. No. 20.) Verfasser teilt sechs derartige Fälle mit und zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlufsfolgerungen: Die Affektion ist keineswegs so selten als man es bisher angenommen hatte. Sie ist eine primäre oder eine sekundäre; im letzteren Falle geht sie meist von der Vulva aus, nur selten vom Uterus. Sie tritt in Gestalt von mehr oder weniger tiefen Geschwüren auf, welche die Cutis durchdringen und wie weiche Schanker aussehen, von diesen sich aber dadurch unterscheiden, dafs sie schmerzlos sind und die Inokulationen negative Resultate liefern. Sie tritt meist bei alten Prostituierten auf und heilt rasch unter Jodkaliummedikation ab, ohne Deformationen oder Verengerungen der Vagina zu veranlassen. Bei Lokalisation der Affektion auf den Vulvo-Vaginalring kann es zu narbigen Verengerungen kommen, die aber auf diesen Ring beschränkt bleiben.

C. Müller-Genf.

Über die ätiologischen Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode, von A. Neisser. (*Verhandl. d. 5. deutsch. Dermatologenkongresses.*) Der Verfasser stellt folgende Thesen auf: I. Die tertiären Erscheinungen der Syphilis werden ebenso wie die papulösen Neubildungen der Frühperiode erzeugt durch ein organisiertes Gift (Syphilisbakterien); doch ist die Virulenz dieser Bakterien derart modifiziert, dafs sie — jedenfalls in den späteren Jahren der Krankheit — auf Gesunde nicht übertragbar sind und nur in dem bereits durchseuchten Organismus wirksam sein und Neubildungen erzeugen können. Unbekannt ist, ob die hier angenommene Nichtinfektiosität tertiärer Prozesse jedem tertiären Produkt in jeder beliebigen auch sehr frühen Periode der Krankheit zukommt, oder ob auch hier ein dem Alter der Krankheit proportional zunehmendes Nachlassen der Virulenz besteht. — Die den tertiären Prozessen zukommende Eigenart der Neu- wie Rückbildung, also die im Vergleich zur Frühperiode modifizierte Reaktion der Gewebe auf die Einwirkung der (freilich auch modifizierten) Bakterien beruht auf einer spezifischen, wohl durch die Syphilistoxine hervorgerufenen Umstimmung der Gewebe. Eine derartige Umstimmung beobachten wir auch in dem Gegensatz der primären und der sekundären Neoplasmen. — Die Theorie von der direkten Entstehung tertiärer Prozesse durch die Infektion von tertiären Prozessen aus durch die in ihrer Virulenz modifizierten

Bakterien (Klotz) scheint unbegründet. — — II. Bei der Frage nach der Ätiologie der tertiären Prozesse sind auseinander zu halten: a) Die speziellen Ursachen eines bestimmten tertiären Prozesses, also die Ursachen der Lokalisation. Als solche kennen wir Virusresiduen an den Stellen des primären oder vorausgehender sekundärer Herde und zufällige durch Traumata oder pathologische Prozesse hervorgerufene Provokation des Virus. b) Die allgemeinen, das Zurückbleiben von Virus im Körper begünstigenden Momente, nämlich alle den Organismus schädigenden Einflüsse, wie Alkoholismus, Malaria, Marasmus etc. etc., sowie ungenügende oder fehlende oder zu späte Quecksilberzuführung. — — III. Der wesentlichste ätiologische Faktor für das Auftreten tertiärer Erscheinungen scheint der Mangel einer guten Quecksilberbehandlung in der Frühperiode zu sein. Gut ist eine Quecksilberbehandlung, 1. welche zeitig, spätestens mit den ersten Früherscheinungen beginnt. Theoretisch wird man für einen möglichst frühzeitigen Beginn der Behandlung eintreten müssen; 2. welche besonders in der ersten Kur sehr energisch gehandhabt wird; in vielen Fällen hat eine einzige sehr energische Anfangsbehandlung genügt, um Beseitigung der Infektiosität, Vererbungsfähigkeit und — ein Jahrzehnt hindurch beobachtete — Recidivlosigkeit zu erzielen; 3. welche lange Zeit, etwa bis ins vierte Jahr hinein, in abwechselnd energischen und milderen Kuren, die durch genügend lange Pausen getrennt sein müssen, durchgeführt wird. — Die Methode der Hg-Zuführung ist von untergeordneter Bedeutung. — — IV. Nur das Quecksilber ist zur Zeit als ein das Syphilisvirus selbst angreifendes Heilmittel anzusehen. Ein Beweis dafür ist die Einwirkung des Quecksilbers auf die Vererbungsfähigkeit. Die Jodpräparate haben nur die Fähigkeit, die Produkte — und zwar fast nur die tertiären — des Syphilisvirus zu beeinflussen. Die Bade-, Schwitz-, Entziehungs- etc. Kuren sind oft geeignet, die Wirkung der Hg-Kuren zu unterstützen, haben aber keine direkte antiluetische Wirkung. — Die Serumtherapie hat bisher keine thatsächlichen Erfolge aufzuweisen. — — V. Vernünftig geleitete, dem Zustande des Individuums angepafste Quecksilberkuren sind absolut unschädlich. Nachteilige Einwirkungen auf das körperliche oder geistige Befinden nach chronisch-intermittierender Behandlung (Fournier) sind dem Verfasser unbekannt. — — VI. Häufigkeit oder Art der Früherscheinungen dürfen nicht den einzigen Mafsstab für die Art und Zahl der Quecksilberkuren bilden, weil sonst bei häufigen Recidiven zu viele Hg-Kuren ohne genügende Pausen vorgenommen werden und weil das Ausbleiben der Früherscheinungen keinerlei Prognose betreffs des späteren Verlaufs der Krankheit gestattet. Es mufs daher versucht werden, jeden Kranken — mit Ausnahme spezieller Fälle — von seiner chronischen Krankheit durch chronische Behandlung zu befreien. — — VII. Ein Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen ungenügender Hg-Zufuhr in der Frühperiode und dem Auftreten tertiärer Prozesse ist das überaus häufige Eintreten von tertiärer Syphilis bei sich selbst überlassenen Fällen, ein Verlauf, den wir sowohl aus den früher beschriebenen Syphilisendemien (Radesyge, Skerlievo etc.), wie aus den jüngsten Schilderungen russischer Ärzte kennen. Hierher gehören auch alle Fälle von Syphilis hereditaria tarda. — — VIII. Für beweisend hält der Verfasser auch den auffallend grofsen Procentsatz von gar nicht oder schlecht behandelten tertiär Syphilitischen in seinem eigenen tertiären Material. Derartige Statistiken sind, wenn auch nicht einwandfrei, doch sicher sehr wertvoll. Voraussetzung dabei ist die Zuverlässigkeit der Statistik mit Bezug auf die Anamnese der einzelnen Krankheitsfälle. — Unzulässig ist die Verwertung solcher Fälle, deren syphilitische Natur zweifelhaft ist, und solcher, deren tertiär-syphilitische Natur unsicher ist. Auszuscheiden sind daher alle Fälle von Tabes und Paralyse. Wenn auch die Syphilis sicher eines der wichtigsten, das Zustandekommen dieser Affektionen erleichternden Momente ist, so sind diese Affektionen doch gewifs keine syphilitischen

Prozesse. Auszuscheiden sind ferner alle diejenigen Syphilisfälle, in denen der tertiäre Charakter des Prozesses zweifelhaft ist. Da es ebenso wie auf der Haut in allen Organen sekundäre und tertiäre Erkrankungen giebt, so darf nicht, wie dies vielfach geschehen, eo ipso jeder Fall von Hirn-, Leber- etc. Syphilis als tertiär aufgefafst werden. Die Auswahl bei diesen der Okularuntersuchung unzugänglichen Fällen ist um so schwieriger, als wir wissen, dafs einerseits die Dauer der sekundären Periode, andererseits der Zeitpunkt des Auftretens tertiärer Prozesse sehr wechselnd ist. Ferner kommt in Betracht, dafs bei Syphilitikern manchmal Erkrankungen ganz anderer Natur (Sarkome etc.) für tertiäre Recidive erklärt werden. — Oft wird ein prompter, durch Jodkalium erzielter Heilerfolg diagnostisch verwertbar sein. — — IX. Die Thatsache, dafs sehr häufig solche Stellen, die Sitz der primären und sekundären Prozesse waren, später tertiäre Affektionen aufweisen, deutet darauf hin, dafs die lokale Behandlung dieser Früheruptionen von grofser Bedeutung betreffs Vermeidung tertiärer Recidive ist. — — X. Der regionären Behandlung vergröfserter Lymphdrüsen wird mit Bezug auf die Möglichkeit, dafs sie den Sitz des latent im Körper verweilenden Virus darstellen, besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein. — — XI. Ob sehr zeitiges Auftreten von tertiären Symptomen — Syphilis praecox — auch zeitiges Nachlassen von Infektiosität und Vererbungsfähigkeit bedeutet, ist unentschieden. — — XII. Die „maligne" Syphilis ist nicht zu den tertiären Symptomen zu rechnen.

In den Ausführungen zu diesen Thesen betont der Verfasser, dafs die chronische intermittierende Behandlung niemals schädlich ist, wohl aber nützlich und notwendig, wenn sie nach Fournierschen Grundsätzen geleitet und nach allgemeinen ärztlichen Prinzipien durchgeführt wird. Insbesondere müssen die Pausen strikte innegehalten werden, um Intoxikation und Verminderung der Hg-Wirksamkeit zu vermeiden. — Wenn behauptet wird, dafs Quecksilber kein Gift für das Syphilis-Virus sei, sondern nur die durch das Virus erzeugten Produkte beseitige, so ist dem gegenüber auf den Einfluſs des Hg auf die Vererbungsfähigkeit hinzuweisen. Die von einem scheinbar gesunden Manne auf die Frucht übertragene Syphilis wird nicht durch Syphilisprodukte erzeugt, sondern durch Syphilis-Virus, das in den Generationsorganen des Erzeugers aufgespeichert ist. Nun vermindert oder beseitigt eine energische Hg-Kur die Vererbungsfähigkeit, das wird von allen Seiten bestätigt und anerkannt; demnach mufs das Hg das Virus selbst angreifen. Wenn aber für einen symptomlosen Syphilitiker, der sich verheiraten will, der Versuch, ihn durch eine Hg-Kur von dem in ihm steckenden Syphilis-Virus zu befreien, von Vorteil ist, dann mufs für alle Fälle die Nützlichkeit fortgesetzter Behandlung an Menschen, die trotz momentaner Symptomlosigkeit noch nicht frei von Syphilis sind, zugestanden werden. — Was die Statistik der tertiären Syphilis betrifft, so ergiebt diese 70—90% tertiäre Recidive bei Endemien und in Ländern, in denen die Syphilis gar nicht oder zu wenig behandelt wird, gegen 6—10% in unseren Ländern, wo das Gros aller Luesfälle mit Hg behandelt wird. Fournier hat bei 177 Fällen, deren tertiäre Syphilis erst nach dem 26. Krankheitsjahre aufgetreten war, die Thatsache konstatiert, dafs kein einziger Fall wirkliche sekundäre Erscheinungen dargeboten und demgemäfs nach damaliger Anschauung Anlafs zu reichlicher häufiger Behandlung geboten hat. Der Unterschied zwischen behandelter und unbehandelter Syphilis äufsert sich auch bei den mit hereditärer Lues behafteten Neugeborenen. Während jeder nur einigermafsen schwere Fall von hereditärer Lues unbehandelt fast sicher zum letalen Ausgang führt, rettet rechtzeitige (intrauterine) energische Behandlung einen grofsen Teil dieser Kinder. Wenn man aber zugiebt, dafs die Chancen für einen günstigen Verlauf eines Luesfalles besser werden, wenn derselbe auch nur einmal mit Hg behandelt wird, dann

giebt man zu, dafs das Hg einen Einfluſs auf den Syphilisverlauf und nicht nur auf die momentan vorhandenen Symptome hat; daraus aber folgt logischer Weise, dafs man die Wirkung dieses Heilmittels während der ganzen Dauer der Krankheit voll ausnützen muſs, dafs man erst dann mit der Behandlung aufhören darf, wenn nach allgemeinen Erfahrungen die Krankheit wirklich geheilt ist. Wann dies der Fall ist, wissen wir allerdings noch nicht sicher; nur das eine steht fest, dafs Symptomlosigkeit in den ersten Jahren nichts beweist für die Annahme eingetretener Heilung. Intensität und Zahl der Kuren, Dauer der Intervalle, selbst die Gesamtdauer der Behandlung wechselt von Fall zu Fall je nach der Konstitution, dem Allgemeinbefinden, dem Vorhandensein von Komplikationen, der Schwere der Recidive. Auch die Frage, ob Injektion oder Inunktion, muſs von Fall zu Fall je nach dem Stadium der Krankheit, der Art der Symptome, den persönlichen Verhältnissen entschieden werden. Der Verfasser behandelt gewöhnlich bis in das vierte Krankheitsjahr hinein und verteilt auf diese Zeit 7—8 Kuren. Die erste Kur wird, wenn nicht dringende Gegengründe vorliegen, so reichlich und energisch wie nur irgend möglich durchgeführt. Der Verfasser beginnt in den letzten Jahren die Behandlung sofort, nachdem die Diagnose „syphilitischer Primäraffekt" gestellt ist. Ob die Resultate dadurch günstiger werden als beim Abwarten der sekundären Erscheinungen, kann er nicht entscheiden. Innerliche Hg-Behandlung verordnet der Verfasser fast nie, weil sie sehr häufig heftige Stomatitis, Enteritis und starke Gewichtsabnahme bewirkt. — Die Jodbehandlung ist der Hg-Behandlung nicht gleichwertig, sie beeinfluſst nur tertiäre Prozesse. Da diese in den ersten drei Krankheitsjahren viel häufiger sind als bisher angenommen wurde, so wird man bei allen luetischen Erscheinungen der inneren Organe, die der direkten Untersuchung nicht zugänglich sind, auch in den ersten Jahren neben Hg Jod anwenden; denn es läſst sich nicht feststellen, ob diese Prozesse noch sekundärer Natur sind, oder ob sie schon einen tertiärgummösen Charakter haben. Andererseits giebt es auch viele sicher tertiäre Formen, besonders palmare und plantare Erscheinungen, die nur durch Hg oder besser und schneller durch Hg zur Heilung kommen. — Im Schluſswort zur Diskussion über seinen Vortrag weist der Verfasser darauf hin, dafs von keiner Seite wirklich Schäden aufgedeckt wurden, die eine Folge der chronischen intermittierenden Behandlung wären. Wenn symptomlose Syphilitiker bei Vorsichtskuren in Badeplätzen an Gewicht abnehmen, während Leute mit schweren Syphiliserscheinungen an Gewicht zunehmen, so liegt das daran, dafs die symptomlosen Patienten infolge ihrer äuſserlichen Gesundheit gewöhnlich sehr energische Hg-Kuren gleichzeitig mit reichlichen Schwitz- und Badekuren durchmachen; dies bewirkt die Gewichtsabnahme, während bei Patienten mit schweren Erscheinungen infolge der Beseitigung dieser das Körpergewicht rasch zunimmt. — Es wurde in der Diskussion gesagt: es fehlt jede Gesetzmäſsigkeit im Auftreten der tertiären Erscheinungen; der eine bekommt eine Roseola, also ein sekundäres, der andere zur selben Zeit einen Tophus, also ein tertiäres Symptom. Der Verfasser protestiert gegen diese gleichsam selbstverständliche Zuzählung des Tophus oder aller ulceröser Hauptformen oder aller visceralen und cerebralen Prozesse zu den Tertiärsymptomen. Gewifs kommen auch schon in den ersten Monaten nach der Infektion periostitische etc. Prozesse zu stande, die tertiär sind, d. h. die gummös zerfallen, wenn sie nicht behandelt werden. Es giebt aber auch eine den papulösen Hautformen analoge papulöse, d. h. mit allen Charakteren der Frühsymptome ausgestattete Lues in allen anderen Organen und Geweben. Der Tophus bei der sekundären Periostitis ist die den Eigenschaften des Periosts entsprechende Knochenneubildung, die entsprechend den Eigenschaften der papulösen Form in der Frühperiode nicht gummös wird. — Der Verfasser glaubt auch nicht daran, dafs sekundäre und tertiäre Prozesse so häufig neben einander vor-

kommen, wie es von vielen Seiten behauptet wird. — Die in seiner These I aufgestellte Hypothese von einer Virulenzmetamorphose der Syphilisbacillen bei Tertiärerscheinungen läfst der Verfasser infolge der Einwürfe JADASSOHNS fallen und acceptiert dessen Auffassung zur Erklärung der Eigenart der Tertiärerscheinungen, dafs es sich, abgesehen von der als Basis dienenden Umstimmung der Gewebe, nur um eine wechselnde Quantität der Bacillen handelt. Demzufolge sind auch Tertiärerscheinungen noch infektiös; infolge der für die direkte Übertragung gewöhnlich ungeeigneten Lokalisation und der spärlichen Anzahl der Bacillen kommt jedoch fast nie eine Infektion von tertiären Prozessen aus zu stande. — Schliefslich weist der Verfasser noch auf die interessante Mitteilung GLÜCKS hin, dafs weder dieser selbst noch seine Kollegen trotz der reichlichen Verbreitung der Lues in Bosnien einen Fall von Tabes auftreiben konnten, ein Faktum, das für die Frage über den Zusammenhang von Lues und Tabes von grofser Bedeutung sein kann. *Götz-München.*

Lues hereditaria und Keratomalacie, von PELTESOHN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 18.) Verfasser erzielte in zwei von drei Fällen von Keratomalacie durch rechtzeitig angewandte energische antisyphilitische Behandlung einen glänzenden Erfolg, eine Sache, die bei der infausten Prognose der Keratomalacie wohl zu beachten sein dürfte. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von hereditär-syphilitischer Sattelnase, von OETTINGER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 24.) Bei einem Kinde, das als erstes Kind seiner Mutter, ohne dafs ein Abort vorausgegangen war, am normalen Ende der Schwangerschaft normal entwickelt zur Welt kam, trat 8 Wochen nach der Geburt eine Coryza auf unter gleichzeitigem Einsinken des Nasenrückens. Nach 4 Wochen bildete der Nasenrücken in seiner oberen Hälfte eine direkte Fortsetzung der Stirne; die Nasenflügel lagen etwa im Niveau der Wangen; im Septum war eine grofse Perforation. An der übrigen Körperoberfläche und an den inneren Organen fanden sich keinerlei Veränderungen. Die Diagnose mufste auf Lues hereditaria gestellt werden. Es wurde eine Inunktionskur gemacht, das Sekret täglich entfernt, die Nasenflügel durch eingelegte Wattetampons gehoben. Unter dieser Behandlung wurde die Sekretion geringer, die Perforation kleiner, die Nasenhöhle durch Narbenbildung im Innern enger; die winklige Knickung des Nasenrückens blieb unverändert; an der Haut der Nasenflügel bildete sich beiderseits eine tiefe Einziehung, bedingt durch narbige Einziehungen im Naseninnern; beide Nasenflügel hoben sich etwas über das Niveau der Wangen. Leichte Drüsenschwellung am Halse, geringe Milz- und Leberschwellung traten auf. Das Kind, das von der Mutter genährt wurde, nahm an Gewicht zu. — Die auffallende Schnelligkeit der Entwickelung spricht dafür, dafs ein Gumma des Septums als erste Manifestation der hereditären Syphilis diese tiefgreifende Zerstörung bewirkt hat. *Götz-München.*

Bemerkungen zu dem Vortrage METHNERS: „Über den Zusammenhang von tuberkulösen Gelenkerkrankungen mit Lues hereditaria, von NEISSER. (Nach *Allg. med. Centralztg.* 1897. No. 29.) Der Verfasser glaubt im Gegensatz zu METHNER nicht, dafs bei Menschen mit hereditärer Lues sich sehr häufig tuberkulöse Knochen- und Gelenkerkrankungen einstellen; dagegen hält er diagnostische Fehler in hierher gehörigen Fällen für leicht möglich, da die klinische Differentialdiagnose zwischen atypischen Syphiliserscheinungen und scrophulo-tuberkulösen Prozessen oft sehr schwierig, manchmal wohl auch unmöglich ist. Dagegen kann durch ein therapeutisches Experiment, die Verwendung von Jod und Quecksilber, die Diagnose sichergestellt werden. Der Verfasser stellt daher folgenden Satz auf: Da in vielen Fällen,

die beim ersten Blicke als Knochen- oder Gelenktuberkulose imponieren, wegen mehr oder minder an Lues erinnernder Symptome und Anamnese die Möglichkeit nicht mit Sicherheit auszuschliefsen ist, dafs ein versteckter tertiärer syphilitischer Prozefs vorliegt, so ist es geraten, viel häufiger, als es jetzt geschieht, vor eingreifenden Operationen und komplizierten Behandlungsmethoden eine der Individualität des Kranken angepafste, aber sonst möglichst energische Jod-, resp. Jod- und Quecksilberbehandlung durchzuführen. Die Jodbehandlung mufs eine sehr energische sein, führt aber doch nicht immer zum Ziele, oft wird erst durch Verbindung der Jod- mit Quecksilberbehandlung eine definitive und auffallend schnelle Heilung erzielt. Tuberkulose ist keine Kontraindikation gegen Jod- und Quecksilberbehandlung; nur mufs ein tuberkulöser Patient doppelt sorgfältig beobachtet werden. — Die Unterscheidung, ob vorhandene Tertiärerscheinungen auf eine hereditäre oder eine acquirierte Lues zurückgehen, ist ebenfalls nicht leicht; denn die tertiären Erscheinungen der beiden Arten unterscheiden sich in nichts Wesentlichem voneinander, wenn auch die Hutchinsonsche Trias, Zahndifformitäten, Keratitis und Taubheit öfter bei hereditärer Lues vorkommt. — Mischinfektionen von Tuberkulose und Lues kommen sicher vor, sowohl auf der Haut wie in Knochen und Gelenken, und zwar können sich Tuberkelbacillen nachträglich auf einer luetischen Erkrankungsfläche als einem Locus minoris resistentiae festsetzen, wie auch umgekehrt. Das Vorhandensein von Tuberkulose kann natürlich nur durch den Nachweis von Tuberkelbacillen oder durch positive Tierexperimente festgestellt werden. Die um die Mundöffnung radialwärts gestellten Narben sind kein vollgültiger Beweis für Syphilis. Die Polyletalität der Nachkommenschaft läfst sich als anamnestisches Moment für die Diagnose hereditäre Lues nur dann verwenden, wenn das Absterben der Früchte, die Früh- und Totgeburten und die Erkrankungen und Todesfälle nach der Geburt in einer gewissen typischen, gesetzmäfsigen Weise vor sich gehen. Die Richtigkeit der Behauptung Fourniers, dafs Erscheinungen wie Krämpfe als parasyphilitische aufzufassen sind, ist noch nicht bewiesen.

Götz-München.

Über frühzeitige Kehlkopfsyphilis bei Kindern (mit hereditärer Syphilis), von Y. Arslan-Padua. (*Internat. Arch. f. Laryng.* 1897.) Auf Grund von fünf eigenen Beobachtungen, wovon bei einer der ganze Larynx entnommen und mikroskopisch untersucht werden konnte, kommt A. zu dem Schlusse, dafs die Fälle von Kehlkopfsyphilis der Kinder (von 2 Monaten bis 3 Jahren) häufiger sind, als man gewöhnlich annimmt, und eines eingehenderen Studiums bedürfen, als es bisher der Fall war. Da naturgemäfs die laryngoskopische Untersuchung nur eine sehr mangelhafte, wenn nicht ganz unmögliche, bei Kindern in diesem Alter ist, so müssen eine Reihe von Symptomen, unterstützt durch die Anamnese, die Diagnose ergeben. Heiserkeit der Stimme, welche bis zu völliger Aphonie sich steigern kann, eine gewisse Atemnot, besonders nachts und mit progressivem Charakter, zuweilen Hustenanfälle, meist leichteren Grades, Coryza, andere Zeichen der hereditären Syphilis und das meist mehr oder weniger gestörte Allgemeinbefinden sind die Hauptcharacteristica der Affektion. Die histologischen Veränderungen derselben sind diffuse interstitielle Infiltration des Schleimhautbindegewebes und der -Drüsen, proliferierende Perichondritis und Erweiterung der Gefäfse; der ganzen Gestaltung nach ähnelt diese „Schleimhauthyperplasie" jener bei den Tertiärerscheinungen vorkommenden. Die Prognose dieser Kehlkopfsyphilis ist eine gute, wenn sie gleich anfangs erkannt wird; sie wird aber sehr ernst bei zunehmender Stenose. Die Behandlung mufs natürlich in Quecksilberkur (innerlich wirkt nach A. die van Swieten-Lösung sehr gut oder äufsere Einreibungen auf die Vorderfläche des Kehlkopfes) und bei letztgenannter Komplikation event. in Tracheotomie bestehen.

Stern-München.

Zwei Fälle von kongenitaler syphilitischer Lebercirrhose bei Kindern, von CLARKE. (*Amer. Journ. of med. sciences.* April 1898.) Verfasser hatte Gelegenheit, zwei Kinder zu secieren, bei denen sich eine syphilitische Lebercirrhose fand. In beiden Fällen waren die Kinder aufs äufserste abgemagert, hatten alle Nahrung erbrochen, die Syphilis der Eltern war festgestellt, Gelbsucht fehlte, die Leber war enorm vergröfsert. Mikroskopisch fand sich reichliche Entwickelung von kernhaltigem Bindegewebe längs den intralobulären Kapillaren mit nachfolgender Atrophie der Leberzellen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der Syphilis congenita in Findelhäusern, von M. SZALARDI. (*Wien. klin. Rundschau.* 1898. No. 9.) Künstlich ernährte Säuglinge mit hereditärer Lues gelten als erbarmungslos dem Tode verfallen und werden deshalb in Kinderspitälern und Findelhäusern gar nicht mehr behandelt. Verfasser hat viele Kinder erhalten, indem er folgendermafsen vorging: In dem von ihm geleiteten Findelhause zu Budapest werden die Kinder mit den Müttern aufgenommen und bleiben durchschnittlich drei Wochen in der Anstalt. In dieser Zeit pflegen etwaige luetische Symptome hervorzutreten, worauf das Kind Hydrargyrum als Unguentum cinereum oder als Sublimatbad mit interner Kalomeldarreichung erhält. Nach der Heilung kommen Mutter und Kind aufs Land; erstere erhält monatlich 10 Gulden Unterstützung. Sobald das Kind so weit ist, dafs es entwöhnt werden kann, wird der Mutter ein anderes luetisches Kind zum Stillen gegeben, dessen eigene Mutter es nicht stillen kann. So gelingt es auch, luetische Findlinge ohne Mutter mit natürlicher Nahrung zu versorgen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Geschichte der Quecksilbertherapie, von J. RABITSCH Bey. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 11.) Eine historische Skizze, in der das, was über die vom Altertum bis heute geübte therapeutische Verwendung des Quecksilbers bekannt ist, übersichtlich zusammengestellt ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Therapie der Syphilis, von M. v. ZEISSL. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 47.) Verfasser erörtert in seiner Arbeit die zwei folgenden Fragen: 1. Wann soll die Behandlung der Syphilis mit Merkur begonnen werden? 2. Wie lange mufs die Behandlung fortgesetzt werden und soll die Syphilis auch dann einer antiluetischen Behandlung unterzogen werden, wenn an den Kranken keine Symptome mehr zu sehen sind? — Was nun den ersten Punkt anbelangt, ist Verfasser der Ansicht, dafs man mit der Merkurialbehandlung erst dann beginnen soll, wenn die Allgemeinerscheinungen der Syphilis zu Tage getreten sind. Denn statistische Daten haben gelehrt, dafs bei den Kranken, wo die sogenannte Präventivallgemeinbehandlung angewendet wurde, das Auftreten der Allgemeinerscheinungen nur um wenige Tage hinausgeschoben wurde. Für diese kleine Verzögerung bekommt aber der Kranke Nachteile, indem die Reihenfolge der syphilitischen Erscheinungen in Unordnung gerät. Andererseits haben ihn seine Erfahrungen und diejenigen anderer Syphilidologen gelehrt, dafs Recidive und gummöse Erscheinungen der Syphilis bei solchen Individuen, die, bevor Allgemeinerscheinungen an ihnen auftraten, mit Merkur behandelt wurden, häufiger zu stande kommen als bei solchen Kranken, bei denen die Merkurialisation erst begann, wenn Allgemeinerscheinungen der Lues an ihnen aufgetreten waren. — Was nun den zweiten Punkt anbelangt, läfst er die Anwendung des Quecksilbers bei seinen Kranken so lange fortsetzen, bis alle Spuren des Exanthems und der Schleimhautaffektion vollständig getilgt sind und bis die syphilitische Initialsklerose dem tastenden Finger keine Resistenz mehr bietet. Nur dann, wenn Symptome der Syphilis sich am Körper zeigen, unterziehe man den Kranken einer

Behandlung; zu diesen Symptomen der Syphilis gehört auch, wenn die betreffenden Kranken luetische Kinder zeugen resp. gebären. Diese symptomatische Behandlung liefert in Bezug auf die dauernde Heilung keine schlechtere Resultate als die chronisch intermittierende Behandlung, bei welcher dem Kranken unnötiger Weise gröfsere Quantitäten Quecksilber in den Organismus eingeführt werden, als zur Heilung notwendig ist. Diesbezüglich vergleicht er die Malariabehandlung mit Chinin und die Syphilisbehandlung mit Merkur, welche sich ähnlich zu sein scheinen, aus welcher sich dann die Unzweckmäfsigkeit der chronisch intermittierenden Behandlung von selbst ergiebt, weil wir zu einer Zeit Merkur einführen, wo wir ihn nicht brauchen, und gerade zur Zeit, wo es nützen könnte, eine Pause in der Verabreichung des Merkurs gemacht wird. *A. Alpár (Aschner)-Budapest.*

Eine rasche Behandlungsart des Ulcus molle und der syphilitischen Ulcerationen, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis Med. a. Surg. Journ.* Juni 1898.) Unter Anführung von sechs Fällen beschreibt der Verfasser eine Behandlungsmethode, welche in weit kürzerer Zeit, als bisher allgemein angenommen wurde, das weiche Schankergeschwür und die bei Syphilis vorkommenden Ulcerationen, seien es Früh- oder Spätformen derselben, heilt, nämlich letztere im Durchschnitt in 7, ersteres in 5 Tagen. In 20 Procent der Fälle war sogar die Heilung noch rascher eingetreten, so dafs die Patienten „nicht nur von der Milde, sondern auch der Schnelligkeit der Behandlung entzückt waren." Dieselbe besteht darin, dafs nach gehöriger Reinigung der Geschwürsfläche Wasserstoffsuperoxyd auf dieselbe reichlich gebracht, um jede Spur Eiters zu zerstören, und dann Nosophenpulver aufgestreut wird; zweimal täglich mufs diese Procedur vorgenommen worden und in einigen Tagen ist das Geschwür trocken und der Fall geheilt. Die Geruchlosigkeit und wenig reizende Wirkung des Nosophen, wodurch der Patient seiner gewöhnlichen Beschäftigung nachgehen kann, bieten jedenfalls grofse Vorteile, welche jedoch andere Ersatzmittel des Jodoforms, wie Europhen und Dermatol, nach des Referenten Ansicht ebenfalls besitzen. *Stern-München.*

Syphilistherapie von heute, von Guiteras-New York. (*Philadelphia Med. Journ.* 23. April 1898.) Primäres Stadium: Zur Behandlung der primären Helkose empfiehlt Verfasser das ABC-Pulver, bestehend aus Borsäure, Wismut und Kalomel, neben den sonst gebräuchlichen Jodoform oder Aristol. Ferner Lapis in Substanz oder Lösung (!), wahrscheinlich um das Virus am Ausgangspunkt zu zerstören. Die übrigen Ratschläge decken sich mit der bisher hier üblich gewesenen Therapie. Bei Sklerosen der Harnröhre, die nach Guiteras 6 % aller Sklerosen ausmachen — Verfasser rechnet hierzu scheinbar auch alle auf der Glans um die Urethralmündung herum oder an ihr sitzenden Primäraffekte — empfiehlt er innerlich auch ein Harnantisepticum zu geben oder eine Alkalescenz des Urins zu erzielen, um das Geschwür möglichst wenig zu reizen. Extragenitale Sklerosen machen nach Verfasser 2% aller Primäraffekte aus (wie Jullien). Die Excision des harten Schankers verwirft er, weil das Virus zu dieser Zeit schon in den Körper übergegangen ist. Merkur giebt Verfasser in primären Stadien nur ausnahmsweise, nur bei absolut sicherer Diagnose, wenn starke Kopf- und Knochenschmerzen auftreten, bei extensiven Gewebsulcerationen und anderen bedrohlichen Symptomen. — Sekundäre Periode: Verfasser läfst bei eintretender Salivation sofort mit Merkur aufhören. Neben der Quecksilbertherapie innerlich Eisen, Strychnin oder Chinin ordinieren. — Als bestes Antisyphiliticum empfiehlt Guiteras das Protojoduretum Hydrargyri, nächstdem wendet er Merkurtannat, ebenfalls in Pillenform, gerne an. Das Salicylat scheint ihm weniger empfehlenswert, weil es Salivationen leicht erzeugt, die Verfasser, wie schon erwähnt.

für schädlich hält. Für schwere Fälle und solche, die diese Pillen nicht vertragen, ist die Inunktionskur am Platze. Die intramuskuläre und subcutane Einverleibung von Merkursalzen scheint dem Verfasser weniger wertvoll zu sein. Grofsen Wert legt er aber auf Bäder und womöglich Aufenthalt in Badeorten. Gegen Corona venerea, pustulo-crustöse Syphilide, Nagel- und Palmaraffektionen empfiehlt Gutteras eine Salbe von Merkurammoniate neben der Allgemeinbehandlung. — Bei Alopecia syphilitica Sublimatwaschungen 2 mal täglich (1 : 1000) oder Merkurammoniat und Borsalben. — Ein Jahr lang hält Verfasser den Patienten unter Quecksilbermedikation, um im zweiten Jahr Traitement mixte anzuwenden. Später jedes Frühjahr noch eine sechswöchentliche Jodkaliumkur, einige Jahre hindurch. Jodkalium wird im sekundären Stadium vom Verfasser nur bei bedrohlichen, schweren, präcoxen Fällen angewendet. Sonstige Therapie im zweiten Stadium der Lues ohne Besonderheit. Dasselbe gilt für die Behandlung des dritten Stadiums. *Hopf-Dresden.*

Die Einreibungskur, von A. Neisser. (*Samml. klin. Vorträge.* Heft 199.) Der Breslauer Meister hat mit dieser Abhandlung eine Lanze dafür brechen wollen, dafs in die jetzt gar zu oft mit aufserordentlicher Schlaffheit betriebene Inunktionstherapie ein energischerer, zielbewufsterer Zug komme. Zwar sind so und so viele Schmierkuren von Erfolg begleitet, das ist aber weniger der Methodik zuzuschreiben, die dabei angewandt wurde, als der geradezu wunderbaren spezifischen Einwirkung selbst kleiner Mengen Quecksilbers auf den luetischen Körper. Durch die Behandlungsweise unserer ärztlichen Vorfahren, die die Salivation und Stomatitis als den springenden Punkt bei der Kur ansahen und darnach Stärke der Behandlung und Prognose richteten, wurde der Antimerkurialismus grofs gezogen. Als extreme Merkurialisten werden Calmette und Sydenham angeführt. In der neueren Zeit verdanken wir eine Reformation auf dem Gebiete der Inunktionskur Sigmund, der das Quecksilber dem Körper nicht stürmisch in einigen Tagen, sondern auf längere Zeit verteilt in kleinen Dosen zuführte unter peinlichster Beobachtung der hygienischen Bedingungen und strengster Vermeidung der Salivation. Leider hat man mit der Zeit auf letztere Punkte mehr Gewicht gelegt als auf die Einverleibung des Quecksilbers selbst, was zu der heute zu beobachtenden Schlaffheit in der Durchführung von Einreibungskuren seitens der Ärzte wie der Kranken geführt hat. — Neisser betont, dafs ja die percutane Methode der Beibringung von Hydrargyrum die wenigst wirksame ist und hinter der ausgezeichneten Injektionsmethode zurückstehen mufs. Auch beweist er, dafs die Schmierkur eine Einatmungskur ist, und dafs es gar nicht darauf ankommt, ob die Salbe eingerieben und wie lange, oder ob sie mit dem Spatel aufgetragen wird. Es müssen nur Bedingungen geschaffen werden, die die Verdunstung des Metalls ermöglichen und damit seine Einatmung durch die Lungen. So energisch wie möglich mufs die Kur sein; denn es genügt nicht blofs, die jeweiligen Symptome auf der Haut zum Schwinden zu bringen, sondern wenn angängig auch das im Körper kreisende Syphilisvirus kräftig anzugreifen. *Hopf-Dresden.*

Wann soll man mit der Quecksilberbehandlung der Syphilis beginnen? (Wie lange soll dieselbe fortgesetzt werden? Soll man die Syphilis zu Beginn der Sekundärerscheinungen oder ohne Rücksicht auf dieselbe in präventiver Weise behandeln?, von E. Schwimmer. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 44; *Orvosi Hetilap.* 1897. No. 42.) Verfasser erörtert folgende zwei Fragen: 1. Soll die Syphilisbehandlung erst zu Beginn der allgemeinen Zufälle oder schon früher stattfinden? und 2. wie lange soll die Behandlung der an Syphilis erkrankten Individuen dauern? — Bezüglich der ersten Frage fällt nun das eine Argument, welches von den Gegnern vorgebracht wird, fort, indem wir mit der Präventivbehandlung erst dann beginnen,

wenn die Diagnose auf Initialsklerose schon feststeht und deren lokale Natur nicht mehr anzuzweifeln ist. Was nun das Hauptargument anbelangt gegen die frühzeitige Behandlung, die Thatsache nämlich, dafs man durch dieselbe den Ausbruch der Syphilis nicht zu coupieren vermag, so mufs er wohl selbst sie zugeben. Da aber unserer heutigen Wissenschaft überhaupt die Wege unbekannt sind, wie das in den Körper gelangte syphilitische Virus unschädlich gemacht werden kann, so ist das schon an und für sich ein Moment von wesentlicher Bedeutung, wenn man die in ihren Folgen ganz unberechenbare syphilitische Erkrankung in ihrem Laufe abzuschwächen und in Bezug auf etwaige schwere Folgen zu lindern vermag. Betreffs der Syphilisbehandlung überhaupt, sowie des richtigen Zeitpunktes zu ihrer Durchführung bleibt auch heute noch, wie vor Jahren, die Erfahrung als Prüfstein zur Beantwortung übrig. In anderer Beziehung mufs klargestellt werden, ob die frühzeitige Behandlung dem Kranken Schaden bringen kann oder ob der Nutzen einer späteren Behandlung ein so wesentlicher ist, dafs wir uns über alle anderen Bedenken hinwegsetzen dürfen. Seine fast auf ein Vierteljahrhundert sich erstreckende Erfahrung spricht für die Präventivbehandlung. Diese Erfahrungen würden noch durch pathologische und experimentelle Prüfungen erhärtet. Auf seiner Klinik machten Deutsch und Justus Untersuchungen, der erste über das Nervensystem; aus denselben geht hervor, dafs durch das syphilitische Virus in dem Zeitraum, welcher zwischen dem Auftreten der Initialsklerose und dem Ausbruch der sekundären Zufälle liegt, das Nervensystem schweren Schädigungen ausgesetzt werden kann, während bei frühzeitig eingeleiteter Behandlung diese Schädigung des Nervensystems ausbleibt. Der zweite machte Untersuchungen über das Verhalten des Blutes. Er bestätigte die Wahrnehmung anderer Autoren über die Verminderung des Hämoglobingehaltes des Blutes, welche aber schon frühzeitig eintritt. Nachdem die Quecksilberbehandlung den Hämoglobinverlust in verhältnismäfsig rascher Weise zu ersetzen vermag, so kann eine Frühbehandlung unter allen Umständen den Ausbruch der syphilitischen Anämie, wenn auch nicht ganz verhüten, doch jedenfalls bedeutend mäfsigen. Verfasser weist nun weiter darauf hin, dafs die meisten Fälle von Syphilis gravis s. maligna praecox solche Fälle betreffen, die noch nie mit Quecksilber behandelt wurden, und da man bei einer Infektion nie wissen kann, ob die Syphilis mit schweren Erscheinungen und in welchem Grade ausbrechen wird, so ist auch dieses Moment von nicht geringer Tragweite und geeignet, die Zahl der Anhänger der Frühbehandlung zu vermehren. — Was nun die Dauer der Syphilisbehandlung anbelangt, so war für Verfasser eine solche Statistik mafsgebend, die aus einer Privatpraxis zusammengestellt wurde, und aus den Erfahrungen derselben kam er zu dem Grundsatz, dafs jedes an Syphilis erkrankte Individuum in dem ersten Jahre der Erkrankung mit entsprechenden kurzen Ruhepausen einer strengen Behandlung unterzogen werde, und für das darauffolgende zweite Jahr eine durch gröfsere Intervalle unterbrochene mildere antisyphilitische Behandlung durchmache. In der ersten Epoche soll ausschliefslich und hauptsächlich das Hg benutzt werden, in den späteren Jahren neben diesem auch Jodpräparate und Holztränke. Was den Ehekonsens anbelangt, gestattet Verfasser vor Ende des dritten oder vierten Jahres denselben nicht. Dafs aber selbst diese Zeit keine genügende Garantie bietet, illustriert er mit zwei Fällen, die trotz langjähriger und energischer Behandlung in der Ehe gesunde Kinder zeugten und in späteren Jahren dennoch an schweren Formen der Syphilis erkrankten. *A. Alpár (Aschner)-Budapest.*

Quecksilber oder Naturheilverfahren bei der Behandlung der Syphilis, von **M. Goldfarb**-Lodz. 1897. In dieser, 17 Seiten umfassenden „populären", d. h. für das Publikum bestimmten Darstellung wird in ganz trefflicher Weise das Wesen der syphilitischen Erkrankung erläutert und besonders die Gründe, welche die Natur-

ärzte gegen die Quecksilberkuren anführen (fälschlicherweise sich auf die in den Spiegel- und anderen Fabriken vorkommenden Quecksilbervergiftungen stützend), mit schlagenden Beweisen von wirklich durch Hg geheilten Syphilisfällen widerlegt. Das Naturheilverfahren, mag es in Entziehungs- oder Hunger-, in Schwitzkuren oder Kaltwasserbehandlung bestehen, mag eine leichte Form von Syphilis, welche auch ohne jede Behandlung hätte geheilt werden können, zur Heilung bringen, schwerere Formen werden höchstens in ihrer Entwickelung zurückgedrängt, um später zum Schaden des Patienten desto schlimmer zum Ausbruch zu kommen. Nicht zu leugnen ist jedoch, dafs die Hydrotherapie ein wertvolles Unterstützungsmittel neben der Quecksilberbehandlung ist. Die Art der letzteren möchte G. der Wahl des Arztes überlassen, neigt aber — mit vollem Recht nach Ansicht des Referenten — mehr den intramuskulären Injektionen zu. *Stern-München.*

Die Syphilisbehandlung mit Kalomelinjektionen am Charité-Spital zu Marseille, von Michel und Roche. (*Presse méd.* 1898. No. 49.) Es wurden an 135 Frauen im ganzen 1242 intramuskuläre Kalomelinjektionen, in Zwischenräumen von meist 14 Tagen (bei 12 Patientinnen alle 8 Tage) gemacht. Es waren alle Stadien, vom Schanker bis zu den tertiären Erscheinungen, repräsentiert. Jede Patientin erhielt im Mittel 8—10 Injektionen (eine einzige 23). Die Lösung bestand aus: Feinst gepulvertem, in Alkohol gewaschenem und im Brütofen getrocknetem Kalomel 0,05 und sterilisiertem Vaselinöl mit Zusatz von Vaselin bis zu Sirupkonsistenz 0,01. Der Schmerz war bei allen Patientinnen erträglich, zuweilen zwar etwas heftig, sehr oft gar nicht vorhanden und sein Maximum 10 Stunden nach der Injektion erreichend. Viermal kam es zu Abscessen, von denen zwei auf angestrengte Arbeit sofort nach der Einspritzung zurückzuführen waren. 43 mal wurde Knotenbildung konstatiert; 1 mal Stomatitis, 5 mal Gingivitis; niemals Allgemeinerscheinungen. — Diese ausgezeichneten Resultate lassen die Methode als die empfehlenswerteste erscheinen, vereinzelte Fälle ausgenommen, wo sie meist durch innerliche Darreichung von Quecksilbersalzen ersetzt werden mufs. *C. Müller-Genf.*

Über den Wert des Haemolum hydrargyrojodatum als antisyphilitisches Mittel, von Arth. Jordan. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1898. No. 20.) Das Haemolum hydrargyrojodatum enthält aufser Eisen 11,35% Hydrargyrum und 28,68% Jod. Rille erhielt zufriedenstellende Resultate. Krzysztalowicz sah viele Nebenwirkungen, ebenso Stark. Verfasser wandte es in zwei Fällen an. In einem mufste es wegen starken Speichelflusses ausgesetzt werden, in den anderen wurde es gut vertragen. Es wurde verordnet:

Haemoli hydrargyrojodati 8,0,
Pulv. et succ. Liquirit. 9,5
f. pilul. No. 50.
Ds. 6—10 Pillen täglich.

Der Verdauungsapparat wurde wenig beeinflufst, das Allgemeinbefinden hebt sich in trefflicher Weise, die Wirkung ist aber nur für leichte Fälle eine genügende.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung der Syphilis an den Schwefelthermen, von Alexander Pártos. (*Wien. klin. Rundschau.* 1898. No. 10. 12.) Die Schwefelthermen haben keine spezifische Wirkung auf das Syphilisgift, sind auch nicht als sicheres diagnostisches Hülfsmittel anzusehen, ergänzen aber und unterstützen die spezifische Syphilistherapie. Bei tertiären Affektionen der Knochen, Muskeln, Gelenke ist das besonders ersichtlich, wo wirkliche „Reaktionen" beobachtet werden, und zwar besonders durch

das Thermalbad. Verfasser berichtet nun über die in Herculesbad übliche Syphilistherapie, vornehmlich bestehend in einer Trinkkur, täglichen Bädern mit Nachschwitzen und gleich darauf folgenden energischen Inunktionen, wobei relativ grofse Dosen Resorbinquecksilber Verwendung finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Wichtigkeit der Asepsis in der Behandlung von Erkrankungen der Harnorgane, von Wallace. (*Scott. Med. a. Surg. Journ.* Mai 1897.) Mikroorganismen spielen bei Erkrankungen der Harnwege eine grofse Rolle. Bei erkrankter oder ausgedehnter Blase ist die Gefahr sehr grofs, durch Instrumente Sepsis hervorzurufen. Die Sepsis ist auch bei so geschwächten Organen viel gefährlicher. Die vordere Harnröhre ist septisch, die hintere ist wahrscheinlich aseptisch. Reinigung der Instrumente allein ist nicht genügend, um Sepsis zu verhüten, man soll auch Vorsichtsmafsregeln treffen, um Infektion vom Meatus und den umliegenden Teilen aus zu verhüten. Bei Retention soll die Blase nach Abnahme des Urins ausgespült werden. Bei Prostatahypertrophie mit Residualharn soll nach der Spülung etwas sterile Flüssigkeit eingespritzt werden. Die weibliche Harnröhre soll nur nach gründlicher Reinigung von Meatus und Vulva unter Leitung des Auges katheterisiert werden.

F. Hahn-Bremen.

Über einen Fall von sogenanntem „Katheter"- oder „Urinfieber", von W. Frew. (*Scott. Med. a. Surg. Journ.* August 1897.) Ein vierjähriges Mädchen hatte längere Zeit keinen Urin entleert. Während der Urin vorsichtig durch einen Katheter entleert wurde, schrie das Kind plötzlich laut auf, und der Katheter wurde hinausgestofsen, worauf spontan noch eine grofse Menge Urin entleert wurde. Vierundzwanzig Stunden später war unter hohem Fieber und Delirium trotz geeigneter Behandlung der Tod eingetreten. Verfasser führt diesen Ausgang auf Shock zurück; das Fieber könne in Anbetracht des so rapiden Verlaufs kaum der Einführung von septischem Material in den Organismus zugeschrieben werden.

Philippi-Remscheid.

Über einige Eiterungen des Harnapparates, von Harrison. (*Lancet.* 26. Juni 1897.) Verfasser beschreibt seine therapeutischen Mafsnahmen zur Desinfektion von Harnröre und Blase bei verschiedenen Erkrankungsformen; er liebt vor allem Spülungen mit Höllenstein und anderen desinfizierenden Lösungen, giebt aber auch innerlich verschiedene Medikamente, um den Urin zu klären. *F. Hahn-Bremen.*

Pseudohermaphroditismus femininus externus, von Franz Daffner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 13.) Eine Frau mit abnorm grofser, penisähnlicher Clitoris, männlichem Barte und männlicher Stimme wird genau beschrieben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (*Berl. klin. Wochenschr.* 21. Febr. 1898.) demonstrierte Bruck einen **Hermaphroditen,** der äufserlich verkümmerte weibliche Geschlechtsteile und einen ganz stattlichen, aber imperforierten Penis hat; seiner sonstigen Ausbildung nach zeigte er Männliches (Bart, Knochenbau) und Weibliches (Hände, Rücken, Gesäfs, Becken) gemischt; seine geschlechtlichen Neigungen sind auch männlich und weiblich. An die Demonstration knüpfen sich interessante Ausführungen der Herren Virchow und Landau über Entwickelungsgeschichte und rechtliche Stellung der Zwitter. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnose und Therapie der Krankheiten der Harnorgane, von Wossidlo. (*Die ärztl. Praxis.* 1898. No. 2—4.) Verfasser schildert eingehend die vielfachen guten Resultate, die eine eingehende Anwendung der Cystoskopie bei der Diagnose der Blasen- und Nierenkrankheiten ergeben hat, ohne zu verschweigen, dafs ihre Anwendung in vielen Fällen unnütz oder gar schädlich ist. Er will auf diese Weise das Interesse des praktischen Arztes an dieser Untersuchungsmethode wecken, deren Ausführung wohl im allgemeinen dem Spezialarzt vorbehalten bleiben wird. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Gefahren der rituellen Beschneidung, von R. Pott. (*Münch. med Wochenschr.* 1898. No. 4.) Die rituelle Beschneidung ist eine Luxusoperation, die keinen sanitären Zwecken dient. Es ist in keiner Weise ein Nutzen dieses Ritus erwiesen. Dagegen bringt derselbe mannigfache Gefahren mit sich. Dieselben liegen n dem Beschneiden, in dem Verfahren und in dem Zeittermin, an dem die Kinder der Prozedur unterworfen werden. Die primitive Ausführung der Operation ohne Anti- oder Asepsis, die Blutungen mit oder ohne Verletzung der Eichel infolge habitueller, erblicher oder transitorischer Hämophilie werden geschildert. Für die Gefahr der Blutungen sind gerade die ersten Lebenstage, und wie statistische Beobachtungen lehren, der achte am gefährlichsten. Weitere Gefahren liegen in accidentellen Wundkrankheiten, Intoxikationen mit Antisepticis, Übertragung von Syphilis und Tuberkulose durch den Mund der das Blut aussaugenden Person, eine Unsitte, die noch nicht ganz ausgerottet ist. — Verfasser verlangt eine durchgehende Reform der Circumcision, Ausführung durch staatlich geprüfte Mohelim. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Vorteile der rituellen Beschneidung, von P. Muenz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 9.) Auf den Pessimisten folgt der Optimist, der einen Hymnus auf den uralten Ritus anstimmt. Nach einem kurzen Blick auf die ethische Bedeutung der Beschneidung geht Verfasser auf die sanitären Vorteile ein: das Vermeiden einer Balanitis mit ihren Folgen, darunter Onanie, Pollutionen, die Verhütung einer Phimosis, die geringere Empfänglichkeit für Infektionen, die leichtere Heilung schankröser Geschwüre. Genauer werden die nachteiligen Folgen der Phimosis besprochen. Auf die Geschlechtsfunktionen des Mannes wirkt die Beschneidung mäfsigend und regulierend, während sie die Zeugungsfähigkeit erhöht. (Ersteres ist doch wohl zweifelhaft. D. Ref.) — Verfasser sucht dann die von Pott betonten Gefahren als bedeutungslos hinzustellen und auch die von Mohelim geübte Technik als den zeitgemäfsen Anforderungen entsprechend darzulegen. Die rituelle Beschneidung ist auch vom hygienischen Standpunkte als ein Segen anzusehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Beschneidung im Lichte der heutigen medizinischen Wissenschaft mit Berücksichtigung ihrer geschichtlichen und unter Würdigung ihrer religiösen Bedeutung, von Ludwig Löwenstein. (Sonderabdruck aus dem *Arch. f. klin. Chir.* Bd. 54, Heft 4.) Nachdem Verfasser die der rituellen Circumcision zu Grunde liegende Ethik, ihren Zweck, die bisher angewandte Methode und deren Nachteile beleuchtet, redet er einer Reform derselben im Sinne moderner chirurgischer Prinzipien das Wort. Er stellt schliefslich folgende Forderungen auf: 1. Zum Amte eines Beschneiders dürfen nur solche Männer zugelassen werden, die genügende Garantien für einen sittlichen Lebenswandel und stete Bethätigung eines ehrenhaften Charakters bieten. Gleichzeitig haben die betreffenden durch ein beigebrachtes ärztliches Attest nachzuweisen, dafs sie frei von gewissen Krankheitszuständen sind, die den daran Leidenden an der Ausübung des Beschneidungsgeschäftes hindern. 2. Die Ausübung des Amtes als Mohel wird abhängig gemacht von dem Bestehen eines theoretischen

und praktischen Examens vor einer Medizinalperson, eventuell einer aus Rabbinern und Ärzten zusammengesetzten Kommission. 3. Diesem Examen hat eine genügend lange Zeit durchgeführte gründliche Unterweisung des Kandidaten durch eine hierzu kommittierte Medizinalperson vorauszugehen; der Unterricht hat sich zu erstrecken auf Entwickelungsgeschichte, Anatomie, Physiologie und Pathologie der männlichen Genitalien, auf die Grundprinzipien der modernen aseptischen Wundbehandlung und auf die Akiurgie der in Betracht kommenden Operation. 4. Nach bestandenem Examen und erfolgter Zustimmung zur Ausübung des Beschneidungsgeschäftes hat der Mohel in regelmäfsigen Zwischenräumen, die anfangs kürzer, später etwas ausgedehnter zu bemessen sind, vor einer Medizinalperson Nachprüfungen zu bestehen. Gelegentlich dieser Nachprüfungen hat sich der betreffende Examinator davon zu überzeugen, ob die Instrumente und Verbandmaterialien des Mohel in ordnungsgemäfsem Zustande sich befinden und Einsicht zu nehmen von dem Dienstjournal, zu dessen Führung ein jeder Mohel verpflichtet ist. 5. Das sub 4 erwähnte Journal hat in fortlaufender Nummernfolge Auskunft zu geben über Namen etc., etwaige Abnormitäten im Heilungsverlaufe und darf vor allem auch nicht etwa die ungünstig verlaufenen und tödlich geendeten Fälle verschweigen. 6. Die Operation ist streng aseptisch vorzunehmen; sie beginne mit einem die Eichel freilegenden Dorsalschnitt, dem sich die Abtragung der Vorhaut mittelst Schere und Pincette anschliefse und schliefse mit dem Setzen einiger Nähte. 7. Verband und Nachbehandlung sind nach streng aseptischen resp. antiseptischen Prinzipien einzurichten. 8. Etwaige trotz dieser Vorsichtsmafsregeln eintretende Abnormitäten verpflichten den Mohel zur schleunigen Hinzuziehung ärztlicher Hülfe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kongenitale Phimose mit 39 Präputialsteinen, von Patterson. (*Scott. Med. a. Surg. Journ.* Mai 1898.) Verfasser circumcidierte einen 64jährigen Mann wegen heftiger Beschwerden beim Wasserlassen infolge von starker Phimose und fand in dem Vorhautsack 39 Phosphatsteine. Interessant ist die Geschichte vor allem durch den Umstand, dafs der Patient im Alter von 26 Jahren durch einen „Medizinmann" bereits einmal circumcidiert worden war. Der „Medizinmann" hatte sich augenscheinlich mit der Entfernung des äufseren Vorhautblattes begnügt. *F. Hahn-Bremen.*

Adhärentes Präputium als Ursache von Konvulsionen bei Kindern, von Darby *(Med. News.* 15. Mai 1897.) Verfasser sah in drei Fällen Stupor und Konvulsionen bei Kindern, die mit Phimose und Adhäsionen der Vorhaut behaftet waren. Operation und Lösung der Adhäsionen bezw. Circumcision beseitigte die Krämpfe schnell und dauernd. *F. Hahn-Bremen.*

Carcinoma penis, von Alexis Thomson. (*Brit. med. Journ.* 25. Dez. 1897.) Der Verfasser hat an 11 Fällen seine Studien gemacht. In 10 derselben war der Typus des Krebses ein Epithelioma squamosum von mehr proliferierender als ulcerativer Natur und mehr dem Carcinom der Lippe als der Zunge ähnlich. Der Blumenkohl- oder Warzentypus ist besonders charakteristisch. Der gewöhnlichste Ausgangspunkt des Epithelioma squamosum war die Dorsalfläche der Glans in der Gegend der Corona und nächstdem das Präputium an dieser Stelle. Entsteht der Krebs an der inneren Fläche des Präputiums, so kann er sich auf die Glans ausdehnen. Ein Epithelioma kann auch auf der äufseren Haut des Präputiums seinen Ausgang nehmen; es ist dann gewöhnlich hornig und umschrieben. Präcanceröse Zustände sind eine Art Balanitis, bei welcher die Oberflächenschicht der Epidermis abgestofsen, die tieferen Schichten von Leukocyteninfiltration durchsetzt sind, und das darunter befindliche

Bindegewebe grofsen Gefäfsreichtum zeigt; ferner häufiger eine markierte Verdickung der Oberflächenepidermis, einhergehend mit reicher kleinzelliger Infiltration im subepithelialen Bindegewebe. In diesem Zustande kann die Epidermis eben oder papillär sein. SCHUCHARDT und andere Autoren haben diese präcancerösen Zustände, welche denen beim Lippen- und Zungencarcinom ähnlich sind, als „Psoriasis praeputialis" bezeichnet. — Der Verfasser bespricht sodann den Modus der Ausbreitung des Cancers und die Beziehungen desselben zur Urethra. Dieselbe wird selten und dann in nur sehr weit vorgeschrittenen Fällen mit ergriffen. Nur ausnahmsweise kommen Beschwerden beim Urinieren als eine Folge des Carcinoma penis vor.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Priapismus, von WARD. (*Lancet.* 24. April 1897.) Der 32jährige Patient erkrankte plötzlich nachts, nachdem er Wasser gelassen hatte, an einer sehr schmerzhaften Erektion des Penis, welche nicht nachliefs. Bei der Aufnahme fand man alle Organe normal, bis auf die Milz, welche stark vergröfsert war; der Hämoglobingehalt des Blutes betrug 50%, das Verhältnis der weifsen zu den roten Blutkörperchen 1:8, später 1:2; unter Jodkalium und Arsen trat allmählich Besserung, und in ca. 4 Wochen Heilung ein. Verfasser sieht den Priapismus an als bedingt durch eine Thrombose der abführenden Venen der Corpora cavernosa infolge von vermehrter Gerinnbarkeit des Blutes. *F. Hahn-Bremen.*

Die Wichtigkeit der Asepsis bei Behandlung von Harnröhrenkrankheiten, von STIRLING. (*Scott. Med. a. Surg. Journ.* Juni 1897.) Verfasser katheterisierte einen alten Herrn wegen Retentio unter aseptischen Kautelen öfter, ohne jegliche Störung. Eines Tages griff der Herr mit seinen Händen nach dem Katheter und zog ihn heraus, worauf derselbe ohne weitere Mafsregeln sofort wieder eingeführt wurde. Schleunigst trat Sepsis mit ammoniakalischem Urin ein und wich erst intensiver Behandlung. Auf Grund dieser Erfahrung betont Verfasser die Wichtigkeit der Asepsis.

F. Hahn-Bremen.

Infektion durch die Harnröhrensonde, von LYDSTON. (*Med. News.* 12. Juni 1897.) Die Harnröhrensonde ist ein viel gefährlicheres Instrument als der Katheter, da sie zur Dehnung benutzt wird und daher meist und leicht Verletzungen macht, welche die Eingangspforte für alle möglichen Infektionen der Harnröhre und der umliegenden Organe und Gewebe abgeben können. Die Sonde soll daher absolut rein sein, etwas kürzer als gebräuchlich, damit sie nicht zu weit in die Blase reicht, wo sie nicht hingehört, ihr vorderes Ende soll konisch sein, die Einführung soll vorsichtig geschehen, die Dehnungen sollen allmählich, nicht zu brüsk gemacht werden. Der Urin soll durch innerliche Darreichung von Eucalyptusöl oder ähnlichen Substanzen desinfiziert werden. *F. Hahn-Bremen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abscesse, Bakteriologischer Beitrag zum Studium der periurethralen blennorrhoischen (Stanziale) 272.
— im Verlaufe des Trippers, Periurethrale (Bernardberg) 272.
—, Infolge Durchbruchs eines Furunkels entstehende periaurikuläre (Leutert) 400.
Acanthosis 488. 493.
— nigricans [Dystrophie papillaire et pigmentaire] (Joseph) 137; (Spietschka) 317.
Acetanilid, seine hemmende Wirkung auf Bakterienwachstum (Walsh) 259.
Achromien, Psoriasis mit persistierenden (Hallopeau und Gasnes) 343.
Acidum picronitricum 39.
Acne 264. 265.
—, Ätiologie und Pathologie der (Touton) 23.
— Therapie der (Veiel) 23.
— Behandlung der chronischen (Phillips) 582.
— artificialis, Demonstration einer Moulage von (Rille) 400.
— necrotica, Ein ausgebreiteter Fall von (Perémy) 179.
— rosacea (Stravino) 24.
— simplex [vulgaris] und Acne rosacea, Therapie der (Jessner) 593.
— varioliformis des Kopfes (Popper) 554.
Addisonii morbus bei einem Kinde (Bury) 597.
— — Beitrag zum Studium des (Caporali) 597.
— — Zur Ätiologie des (Schwyzer) 596.
Ätiologie der Hautkrankheiten, Grundzüge einer allgemeinen (Merk) 433.
Ainhum 530.
— (Herrick) 598.
Airolpulver, Reizerscheinungen beim Gebrauche von (Spiegel) 628.
Akneartige und nekrotische Tuberkulide (Balzer und Leroy) 140.
Akne-Keloid (Lesser) 629.
Akrodermatitiden, Die kontinuierlichen (Hallopeau) 480.
Aktinomykose der Haut, Primäre (Cart) 592.
— geheilt mit Jodkalium (Duchamp) 592.
Akuleatenstich (Langer) 187.
Albuminimeter, Ein neues (Riegler) 206.
Albuminurie bei Scarlatina (Dittmar) 514.
Albumosen-Nachweis im Harn, Neue Methode zum (Bang) 206.
Alkaptonurie (Futcher) 208; (Hirsch) 208.
Alopecia, Das Mikrobion der (Fiquet) 599.
— areata, Zur Übertragbarkeit der (Plonski) 404.
— — Natur und Kontagiosität der (Horand) 600; (Aubert) 600.
— — nach Operation amHalse (Bender) 561.
— — beim Kinde, Neue Formen von (Sabouraud) 139.
— — congenitalis (Audry) 411.
— — praesenilis 432.
— — syphilitica (Lassar) 402.
Amyloiddegeneration des Fettgewebes (Kumm) 427.
Angina infolge von Glossitis, Eigenartige (Mode) 603.
Angiokeratoma [Mibelli] (Wisniewski) 458.
Angioneurose einer Gesichtsseite, Eigentümliche (Aschkanazy) 177.
Angioneurosis des Gesichts (Haynes) 468.
Antiblennorrhoica, Neuere [insbesondere Argonin und Protargol] (Bender) 77.

Antinosin und Nosophen in der Behandlung von Harnröhren- und venerischen Erkrankungen (Dundore) 640.
Anurie, Alkoholische (Dumont) 94.
— bei einem Steinkranken, 11 Tage anhaltende (Reczey) 99.
Anzeige Syphilitischer 380.
Apparat zur Applikation von heifsen Dämpfen (Saalfeld) 136.
Argentol 39.
Argentum nitricum, Experimentelle Beiträge zur Wirkung desselben in Harnröhre und Blase (Casper) 629.
— sulfophenylicum 39.
Argonin und Protargol, Neuere Antiblennorrhoica, insbesondere (Bender) 77.
Aristol in der Chirurgie (Grasset) 41.
Arsenicismus, Chronische Hautveränderungen beim; die Massenerkrankungen in Reichenstein (Geyer) 83.
Arzneiexantheme, ihr Wesen und ihre Varietäten (Stowers) 405.
— Bemerkungen zu Jadassohns Vortrag über (Neisser) 474.
— Zwei seltenere Formen von (Bruck) 469.
Arznei-Gelatine, ihre Anwendung bei den pruriginösen Dermatosen (Thibierge) 320.
Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten (Chotzen) 258. 414.
Atresia vaginae, Seltener Fall von acquirierter (Popow) 270.
Atrophie der Haut, Seltene Form von (Neumann) 246.
Ausscheidung der Bakterientoxine durch die Haut (Walsh) 424.
Autoinokulation bei pruriginösem Ekzem, Allgemeine (Lassar) 501.

Bakterientoxine, Ausscheidung der B. durch die Haut (Walsh) 424.
Bakterienwachstum, Die hemmende Wirkung des Acetanilid auf das (Walsh) 259.
Bakteriurie (Barlow) 266.
Balanoposthitis circinata, Spirillen bei (Csillag) 180.
Ballontrippenspritze, Eine neue (Laat) 376.
Barlowsche Krankheit (Liebe) 508; — (Zuppinger) 508; — (Baron) 508.
Bartholinitis, Behandlung mit Injektionen von Salicyl-Alkohol (Cordier) 271.
Berufsgeheimnis des Arztes und Blennorrhoe (Jullien) 410.
Beschneidung, Gefahren der rituellen (Pott) 400. 654.
— Vorteile der rituellen (Münz) 654.
— im Lichte der heutigen medizinischen Wissenschaft (Löwenstein) 654.
Beulen, Beitrag zur Histologie der endemischen (Kuhn) 591.
Blase, Praktische Anwendung, Mifsbrauch und Kontraindikationen von Ausspülungen der (Assmuth) 101.
— Neue Behandlung der tuberkulösen Cystitis durch Einführung sterilisierter Luft in die (Ramond) 100.
— Fremdkörper in der (Phipps) 102; (Loumeau) 102.
— Das Ballotement der B. als Untersuchungsmethode bei Blasensteinen (Glagolew) 102.
— Dauerdrainage der (Mankiewicz) 136.
— Übertritt von festen Körpern aus der B. in die Nieren und in entferntere Körperorgane (Lewin) 194.
— Lymphgefäfse der (Gerota) 97.
— Partielle Resektion der krebsigen (Weliaminoff) 99.
— Perforation durch eine Revolverkugel (Robbe) 99.
— Ruptur der (Percival) 99; (Croft) 99.
— und Rectum, Bahnen der motorischen Innervation von (Kapsammer und Pal) 97.
— Zur Chirurgie der (Caird) 98.
— Zur Physiologie der (Schlesinger) 97.
— bei Prostatikern, Beziehungen zwischen der arteriellen Spannung und der Kontraktilität der (Genouville und Pasteau) 506.
— Steinbildung in der B. mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist (Hénesco) 505.
— und Harnröhre, Experimentelle Beiträge zur Wirkung des Argentum nitricum in (Casper) 629.
Blasenausschlag nach Antipyrin und sonstige Störungen nach Einnahme von Arzneien (Fournier) 406.
Blasenblutungen, Gelatinelösungen bei den durch Neoplasmen hervorgerufenen (Noguès) 505.
Blasenende der Harnleiter, Cystenartige Erweiterung des (Englisch) 256.
Blasen- und Nierenerkrankungen, Rechtzeitige Differentialdiagnose durch das Cystoskop (Bruni) 146.
Blasenhernie (Thompson) 101.
Blaseninfektion mittelst der Sectio alta behandelt (Piqué) 505.
Blasenschnitt beim Kinde (Grofs) 196.
Blasenstein (Parker) 102; (Guelliot) 104.
— Ballotement der Harnblase als Untersuchungsmethode bei (Glagolew) 102.
— Beitrag zur Behandlung (Kutner) 103.
— Das Phonendoskop als Hülfsmittel zur Entdeckung von (Goodman) 103.
— infolge eines Flintenschusses vom Jahre 1870 (Hue) 104.
— Interessanter (Mankiewicz) 104.
— mittelst Litholapaxie unter Lokalanästhesie operiert (Alexander) 195.

Blasensteine, Diagnose und Zertrümmerung eingewachsener (Rörig) 355.
Blasensteinoperationen, Praktische Erfahrungen bei (Marc) 145.
Blasenverschluſs und Trichterbildung in der hinteren Harnröhre (v. Zeissl) 97.
Blasenwand, Ein Fall von Distoma haematobium Billharzii der (Meinecke) 101.
Blastomyces dermatitidis 591.
Blastomyceten und hyaline Körperchen (Pelagatti) 37. 427.
Blastomycetic dermatitis 591.
Blastomykosis (Buschke) 24.
Blennorrhoe, Immunität und Superinfektion bei chronischer (Jadassohn) 181.
— Auſsergewöhnlich lange Inkubation einer (Bruck) 46.
— Filamentuntersuchungen bei chronischer (Neuberger) 26.
— Klinische Bemerkungen über den Tripperprozeſs (Valerio) 45.
— Verbreitung des blennorrhoischen Prozesses von der Pars anterior auf die posterior (Colombini) 46.
— und Berufsgeheimnis des Arztes (Jullien) 410.
— und Ehe, Chronische (Jullien) 46. 357.
— und Sterilität (Benzler) 347.
— des Mannes, Innere Metastasen bei (Seelig) 146.
— Augenblennorrhoe bei Erwachsenen (Welander) 52.
— Zur Ätiologie der Epididymitis bei (Grosz) 51.
— der paraurethralen Gänge, Isolierte primäre (Horvath) 557.
— Periurethrale Abscesse im Verlaufe der (Bernardberg) 272.
— Endocarditis und Pyoseptikämie infolge von (Babès und Sion) 48.
— mit ausgedehnter Eiterung; Urin- und Kotextravasation (Lucas) 47.
— mit Polyneuritis kompliziert (Welander) 49.
— Posticuslähmung bei (Lazarus) 48.
— Rectalstriktur durch (Koenig) 47.
— bei verheirateten Frauen (von Schaick) 46.
— Entzündung des Beckengewebes im Anschluſs an (Todd) 47.
— beim Weibe, Behandlung der (Kolischer) 376.
— Zur Prophylaxe der (Frank) 26.
— und Cystitis, Behandlung mit Chromsäure (Robbe) 377.
— Fortschritte der Behandlung seit 1889 (Sedlmayr) 26.
— Heutiger Stand der Therapie bei (Frank) 376.
— Beitrag zur Behandlung der (Goldenberg) 378.
— Behandlung der akuten (Swinburne) 463.
Blennorrhoe, Zwei kardinale Punkte bei der Behandlung der akuten (Unna) 21.
— Hülfsmittel bei Behandlung der chronischen (Malling) 375.
— Behandlung mit Itrol (Seroni und Piccardi) 37; (Hertz) 377.
— Methylenblau bei (Moore) 377; (Kohmann) 377.
— Protargol bei (Neisser) 25; (Rosenthal) 28; (Bender) 77; (Noguès) 191; (Welander) 323; (Ruggles) 377; (Barlow) 378; (Wentscher) 378; (Fournier) 412; (Desnos) 412.
— Salbenstäbchen bei chronischer (Wolff) 257.
— Behandlung durch Spülungen mit übermangansaurem Kalium nach Janet (Niebergall) 378.
— Thermotherapie der (Callari) 36.
— Therapie der B. neonatorum 52.
Blennorrhoische Abscesse, Bakteriologischer Beitrag zum Studium derselben (Stanziale) 272.
— Cystitis (Lindholm) 50.
— — beim Weibe, Spätform der (Kolischer) 49.
— Gift. Endovenöse Sublimatinjektionen bei den serösen und Gelenk-Lokalisationen des (Levi) 51.
— Entzündungen der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel (Nasse) 51.
— Infektion und infektiöse Krankheiten, ihre Häufigkeit im allgemeinen und ihre Frequenz in Palermo (La Mensa) 36.
— Infektion im Verlaufe einer Febris intermittens quotidiana (Legrain) 191.
— Prostatitis glandularis (Finger) 83.
— — acuta und Querleiste der Harnröhre (Goldberg) 50.
— Spermatocystitis (Collan) 416.
— — und ihre Beziehungen zur Überwanderung von Bakterien aus dem Darm in die Blase (Fuchs) 351.
Borsäure und Borax, Hautausschläge bei medikamenteller Anwendung von (Rasch) 469.
Botryomykose (Poncet) 592.
Bubonen, Behandlung der (Storp) 176; (Somogyi) 633.
Bubonenpest, Serumtherapie der (Yersin) 590.
Bullöse Dermatitis hereditaria et traumatica (Hallopeau) 636.
— — mit Hautcysten, Kongenitale (Bowen) 460.

Calcium chloratum 39.
Cancroid, Anwendung der Methode von Czerny-Trunecek beim (Hermet und Courtaud) 141.

Cancroide, geheilt durch lokale Applikation von Arsenik (Danlos) 344.
Carcinoma malignum serpiginosum terebrans, Recidivierendes, gutartiges Epitheliom und (Gastou) 141.
— Penis (Hutchinson jun. u. Frazer) 88; (Thomson) 655.
Cearin, eine neue Salbengrundlage (Issleib) 259.
Cervikalblennorrhoe, Zur Therapie der chronischen (Lehmann) 273.
Ceyssatite, Die (Veyrières) 149.
Chignonpilz 541.
Chromatophoren der Cephalopoden (Solger) 401.
Chromsäure bei blennorrhoischer Urethritis und Cystitis (Robbe) 377.
Chrysarobinderivate: Lenirobin und Eurobin (Kromayer und Vieth) 17.
Chrysarobinum oxydatum 39.
Chylurie, Behandlung mit Ichthyol (Moncorvo) 266.
Coccidium oviforme, Seine Entwickelung als Zellschmarotzer (Podwyssotzki) 419.
Collessches Gesetz und Choc en retour (Finger) 400.
Colon-Bacillus, Cystitis infolge C., kompliziert mit Phosphatsteinen (Swinburne) 465.
Condylomatosis pemphigoides maligna [Pemphigus vegetans Neumann] (Tommasoli) 321.
Conjunctivitis syphilitica acuta (Rona) 633.
Cystenartige Erweiterung des Blasenendes der Harnleiter (Englisch) 256.
Cystitis mit ammoniakalischer Harngärung, Behandlung durch Urotropin (Nicolaier) 100.
— infolge Colon-Bacillus, kompliziert mit Phosphatsteinen (Swinburne) 465.
— Blennorrhoische (Lindholm) 50.
— und Blennorrhoe, Behandlung mit Chromsäure (Robbe) 377.
— Tuberkulöse, Neue Behandlung durch Einführung von sterilisierter Luft in die Blase (Ramond) 100.
— beim Weibe, Spätform der blennorrhoischen (Kolischer) 49.
Cystoskop, Blasen- und Nierenerkrankungen, Rechtzeitige Differentialdiagnose durch das (Bruni) 146.
— zur Sondierung der Harnleiter des Mannes, Verwendung des Brennerschen (Zuckerkandl) 269.
Cystoskopie, Handbuch der (Casper) 415.
— für Diagnose und Therapie der Krankheiten der Harnorgane, Bedeutung der (Wossidlo) 654.
— bei blutigem Harn (Fedoroff) 204.
— Kasuistisches zur (Barlow) 98.
— und Katheterisation der Ureteren (Boisseau du Rocher) 150.
Cystoskopie und Lithotripsie beim Weibe (Pasteau) 505.
Cystotomia suprapubica (Delore) 504.
— Autopsie vier Jahre nach (Delore) 196.

Darmfäulnis. Das ursächliche Verhältnis der D. zu einigen Dermatosen (Veveroch) 423.
Demonstrationsmikroskop, Neues (Meifsner) 400.
Dermatitis mit Berücksichtigung der dabei beobachteten Pilzelemente, Ekzematöse, circumskripte (Klamann) 329.
—, Histo- und hämatologische Untersuchung eines Falles von Hallopeauscher (Leredde) 381.
— mit Hautcysten, Kongenitale bullöse (Bowen) 460.
— herpetiformis circumscripta mit Epidermiscysten (Brocq) 344.
— — Duhring bei einer Patientin mit schwerer Arteriosklerose, Veränderungen der Zellen der Hirnrindensubstanz in einem Falle von (Radaeli) 481.
— —, Die Beziehung der Pyodermite végétante zur (Hallopeau) 85.
— artificialis durch Primula obconica, Oleum Lauri und Eugallol (Hopf) 561.
— durch die Pflanze „Angelica" (Walsh) 478.
— exfoliativa neonatorum [Ritter] (Winternitz) 324.
— — universalis (Caspary) 25.
— venenata (White) 477.
— — durch das Tragen von Pelzwerk bedingt (Carter) 477.
Dermatologie, Tuberkulin in der (Ravogli) 263.
Dermatosen, Russelsche Körperchen bei einigen (Mantegazza) 427.
— Die Anwendung der Arznei-Gelatine bei den pruriginösen (Thibierge) 320.
— Das ursächliche Verhältnis der Darmfäulnis zu einigen (Veveroch) 423.
Dermatoses albuminuricae (Merk) 189.
Dermatosis bullosa hereditaria et traumatica (Hallopeau) 636.
Dermatotherapeutische Erfahrungen mit Unguentum Caseini cum Liantral (Beck) 453.
Dermatotherapie, Röntgenstrahlen in der (Schiff) 400.
Dermatothlasie (Fournier) 409.
Dermitis, Beitrag zur Histologie des Eczema cruris und der varikösen ekzematiformen (Hodara) 485.
—, Intoxikation nach Anwendung einer Tinktur und Applikation eines Salolverbandes, Allgemeine (Eudlitz) 141.
Dermographismus (Stevenson) 472.

Dermoide und Mischgeschwülste des Hodens [embryoide Tumoren] (Wilms) 401.
Desinfektion und desinfizierende Wirkung der menschlichen Haut (Binaghi) 430.
Diphtherie mit ausgebreitetem subcutanen Emphysem (Sharman und D'Esterre) 600.
Distoma haematobium Billharzii der Blasenwand (Meinecke) 101.
Divertikelbildung in der Pars anterior urethrae des Mannes (Keersmaecker) 190.
Durchgängigkeit der menschlichen Epidermis für feste und flüssige Stoffe (Filehne) 424.
Dystrophie papillaire et pigmentaire [Acanthosis nigricans] (Spietschka) 317.
Dysurie (Mendelsohn) 94.

Eccema 189.
— albuminuricum 189.
— craquelé (Engman) 152.
— cruris und variköse ekzematiforme Dermitis, Beitrag zur Histologie derselben (Hodara) 485.
— der Finger (Lion) 172.
— herpetiforme 558.
— und Herpes, Neuritis des Quintus mit (McConnell) 484.
— impetiginosum 578.
— keratoides manuum (Leistikow) 579.
— des Kopfes etc., Nässendes und borkiges (Hodara) 499.
— palmare et plantare (Jamieson) 579.
— Pruriginöses; allgemeine Autoinokulation (Lassar) 501.
— Recidivierendes (Legge) 578.
— rubrum purulentum 492.
— — serosum 491.
— — universale (Pini und Bosellini) 277.
— seborrhoicum 264. 265.
— Pilz des seborrhoischen (Merril) 579.
—, Eine parasitäre Krankheit (Leredde) 154.
Eidotteragar, ein Gonokokkennährboden (Steinschneider) 375.
Eiereiweifs als Heilmittel (Lewith) 188.
Eierstockstuberkulose (Schottländer) 426.
Einheilung von Transplantationen nach Thiersch und Krause, Histologische Untersuchungen über (Enderlen) 428.
Einreibungskur, Die (Neisser) 650.
Eisbehandlung der Epididymitis blennorrhoica (Unna) 128.
Eisensomatose, Zur Charakteristik der (Goldmann) 640.
Eiweifse, Blutkörperchenagglutierende (Elfstrand) 429.
Ekajodoform, Praktische Erfahrungen über (Bandelier) 260.
Ekzematöse circumscripte Dermatitis mit Berücksichtigung der dabei beobachteten Pilzelemente (Klamann) 329.
Elephantiasis (Lewith) 188.
— Arabum, Ein durch Massage gebesserter Fall von (Schein) 178.
Ellbogen und Knie, Fixierung stark wirkender Medikamente am (Unna) 549.
Endoskop, über den praktischen Gebrauch desselben (Klotz) 462.
Endoskopie der Strikturen der Harnröhre des Mannes (Federer) 82.
Epidermis und Anhänge, Entwickelung der menschlichen (Macleod) 148. 405.
— Durchgängigkeit der menschlichen E. für feste und flüssige Stoffe (Filehne) 424.
Epidermiscysten, Dermatitis herpetiformis circumscripta mit Epidermiscysten (Brocq) 344.
Epidermiszellen. Wie lange und unter welchen Umständen bleibt die Lebensfähigkeit der menschlichen E. aufserhalb des Organismus erhalten (Wentscher) 399.
Epidermolysis bullosa congenita (Grünfeld) 84.
Epididymitis blennorrhoica, Ätiologie der (Grosz) 51.
— — Pathogenese der (Collan) 50.
— — Eisbehandlung der (Unna) 128.
— — bei einem 12jährigen Knaben (Cox) 50.
— — Guajacolapplikation bei (Goldberg) 50.
Epilepsia Jacksonii syphilitischer Natur (Mesnard) 371.
Epitheliale Neubildungen der Prostata (Albarran und Hallé) 505.
Epitheliom (Kracht) 632.
— und Carcinoma malignum serpiginosum terebrans, Recidivierendes, gutartiges (Gastou) 141.
— des Gesichts mit Bildung von Haut-hörnern (Thibierge) 141.
— und Lupus (Pospelow) 500.
Epitheliome der Haut, Die Wichtigkeit frühzeitiger Behandlung der bösartigen (Robinson) 593.
Ernährungstherapie und Diätetik, Handbuch der (von Leyden) 562.
Erröten und Schwitzen beim Essen, Lokalisiertes (Weber) 468.
Eruptionen im Lepraprozefs, Ursachen und Bedeutung der (Glück) 402.
Erysipel, Zur Ätiologie desselben und Kenntnis der cellulären Reaktionserscheinungen nach Infektionen (Schürmayer) 588.
— Die Spezifizität des Erysipel-Streptococcus (Sippel) 588.
— Beitrag zur pathologischen Histologie der Haut bei (Janni) 589.

Erythema 189.
— albuminuricum 189.
— exsudativum multiforme bei Syphilis (Glück) 467.
— multiforme 264.
— nodosum 264.
— perstans pseudoleprosum (Arning) 75.
— Puerperal- (Stack) 468.
— Purpuraartiges Quecksilber- [Hydrargyrie] (Fournier) 141.
— bei einem Patienten mit tuberkulösen Follikulitiden, Polymorphes (Danlos) 140.
Erythromelalgie und Raynaudsche Krankheit (Elsner) 482.
— Klinische Untersuchungen des Nervensystems bei (Schenk) 482.
Eucain 39.
Eurobin und Lenirobin (Kromayer und Vieth) 17.
Europhen in der Dermatologie (van der Spek) 41.
Exanthem, Fall von psoriasiformem und lichenoidem (Pinkus) 249.
— Syphilitisches, hochgradig pigmentiertes (Sternthal) 400.
Exantheme, Sogenannte merkurielle (Neisser) 475.
Exfoliatio epidermidis neonatorum (Alpár) 554.
Extragenitale Primäraffekte (Bieck) 363.

Farbstoffimprägnationen, Vitale [Methylenblau, Neutralrot] (Solger) 401.
Fascien und Muskeln des Beckenausganges (Holl) 465.
Fasern, Methode zur Färbung elastischer (Weigert) 418; (Tschlenow) 633.
Favus der behaarten Kopfhaut, Behandlung des (v. Petersen) 247.
— Ein Fall von ungewöhnlichem (Petrini) 248.
Favusnarben nach Skarifikationen, Haarwachstum auf (Hodara) 53.
Fettfunktion der Knäueldrüsen und die Durchsetzung der Haut mit Fett (Unna) 417. 501.
Fettgewebe, Amyloiddegeneration desselben (Kumm) 427.
Fibröse Knoten bei einem Erwachsenen, Symmetrische subcutane, kombiniert mit mitraler Endocarditis (Paul) 596.
Fistelgänge, Die Behandlung eiternder (Senn) 228.
Fluorpräparate: Difluordiphenyl, Fluorphenetol, Fluorxylol 639.
Folliculitis (Pinkus) 632.
Formalingelatine und ihr Einfluß auf eiternde Wunden (Foote) 260.
Frostbeulen (Binz) 506.
Furunkel, Periaurikuläre Abscesse infolge Durchbruchs eines F. (Leutert) 400.
Furunkulose 189.
Fußgeschwür, Perforierendes (Halley) 598.

Galvanokaustik und Elektrolyse bei Haut- und Schleimhautneubildungen (Skene) 595.
Gangrän, Akute septische (Taylor) 507.
— der Haut (Riecke) 598.
— — nach längerer Anwendung von Jodkalium, Disseminierte (Audry) 407.
— Puerperale (Tate) 599.
— Symmetrische (Zerbes) 598.
— — in Verbindung mit peripherer Neuritis (Munro) 507.
— und Tod bei Herpes zoster (Deas) 511.
— beider Unterextremitäten als Komplikation einer gewöhnlichen Scarlatina, Trockene (Pearson und Littlewood) 513.
Genitalapparat-Affektionen als Symptome von Nierenkonkrementen (Abrahams) 87.
Genitalorgane, Tuberkulose der G. im Kindesalter (Urbanowitsch) 87.
Gerüche des menschlichen Körpers in gesunden und kranken Tagen (Monin) 259.
Geschichte der Hautkrankheiten im Altertum, Aufgaben und Ziele einer (Bloch) 605.
Glossitis beim Kinde, Exfoliative (Baudouin) 142.
— luetica (Oulmann) 367.
Glykosurie und Diabetes mellitus in Beziehung zur Syphilis (Manchot) 221.
Gonokokken, Zur Kasuistik der paraartikulären Phlegmonen, hervorgerufen durch (Meyer) 274.
— Abhängigkeit des Verlaufs der Urethritis von der Lokalisation der (Drobny) 558.
— bei Prostituierten, Praktischer Wert des mikroskopischen Nachweises der (Lochte) 115.
— Färbung der (Weinrich) 150.
— Bakteriologische Studien (Grosz und Kraus) 458.
— -Befunde im Genitalsekrete der Prostituierten (Kopytowski) 352.
— -Differenzierung durch das Züchtungs- und das Färbungsverfahren (Steinschneider) 374.
Gonokokkeninfektion, Allgemeine (Hallé) 274.
Gonokokkenkultur und Gonokokkengift (Wassermann) 275.
— Eine neue Methode der (Minich) 375.

Gonokokkennährboden, Eidotteragar ein (Steinschneider) 375.
Gonokokkenpyämie (Singer) 48.
Gonokokken-Toxine (Schäffer) 274.
Granuloma trichophyticum Majocchi (Pini) 37.
Guajakolapplikation bei blennorrhoischer Epididymitis (Goldberg) 50.
Gumma, Den Knochen rarefizierendes (Lesser) 138.
— oder Carcinom bezw. Epitheliom des weichen Gaumens (Alpár) 554; (Justus) 555.
— des Isthmus der Glandula thyreoida (Clarke) 364.
— am Oberschenkel, Ungeheures (Thévenin) 408.
— der Prostata (Grosglik) 364.
Gummata der Milz (Still) 364.
Gummihandschuhe in der dermatologischen Praxis, Die Anwendung nahtloser (Hopf) 620.
Gummöse Erkrankung der Muskeln und der Brustdrüse (Genersich) 365.
— Erkrankungen der Niere, Ungewöhnliche (Bowlby) 365.

Haar, Einige Versuche und Beobachtungen am (Mayer) 417.
— Zu viel und zu wenig (Jackson) 432.
Haare, Bakterielle Verunstaltung der (Sonnenberg) 537.
Haarwachstum auf Favusnarben nach Skarifikationen etc. (Hodara) 53.
Haarzunge, Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer (Vollmer) 557.
Hämatozoen, Einige neue Arten, welche in Amerika vorkommen (Manson) 431.
Hämaturie, Vorlesungen über (Eccles) 204.
— Diagnostik der renalen (Genouville) 149.
Hämoglobinurie nach Chiningebrauch (Murri) 205.
— Paroxysmale (van T'Hoff) 205.
Haemolum hydrargyro-jodatum als antisyphilitisches Mittel (Jordan) 652.
Hämophilie bei einem 5jährigen Kinde, Schwere renale (Robinson) 509.
Hämorrhoiden, Operative Behandlung der (Syms) 598.
Hallopeausche Dermatitis, Histo- und hämatologische Untersuchung eines Falles (Leredde) 381.
Handatlas der Hautkrankheiten (Kaposi) 413.
Harn, Ausscheidung pathologischer Eiweifskörper durch den (Lenoblé) 207.
— des Kindes, Untersuchungen über d. normalen (De la Carrière Monfet) 208.
Harn, Eigenartiger Eiweifskörper im H. und seine diagnostische Bedeutung (Rosen) 207.
— Neue Methode zum Albumosen-Nachweis im (Bang) 206.
— Toxicität des H. von an tuberöser Lepra Leidenden (Petrini) 134.
— Ausscheidung von Hydatiden mit dem (Roche) 413.
— Cystoskopie bei blutigem (Fedoroff) 204.
— Uroprotsäure, ein neuer Bestandteil des (Cloetta) 268.
Harnabscesse, Pathologie und Therapie der (Lipowski) 203.
Harngährung behandelt durch Urotropin, Cystitis mit ammoniakalischer (Nicolaier) 100.
Harnorgane, Infektiöse Krankheiten der (Rovsing) 35.
— Bedeutung der Cystoskopie für Diagnose mit Therapie der Krankheiten der (Wossidlo) 654.
— Über einige Eiterungen der (Harrison) 653.
— Wichtigkeit der Asepsis in der Behandlung von Erkrankungen der (Wallace) 653; (Stirling) 656.
— Lycetol bei Erkrankungen der (Hamonic) 42.
— Salosandal bei der inneren Medikation der Krankheiten der (Werler) 261.
Harnpigment, Urosein, ein neues (Saillet) 268.
Harnröhrendehnungen an der Leiche (Kollmann) 90.
Harnröhrendivertikel (Link) 432.
Harnröhrenirrigationen, Neue Kanüle zu totalen (Colombini) 46.
Harnröhrensonde, Infektion durch die (Lydston) 656.
Harnsäurediathese (Haig) 206.
— Pharmakologische Behandlung der (Tanago) 206.
— Zur Klinik der (Lange) 206.
Harn-Sexualapparat und andere Organsysteme: Über die wichtigsten, wechselseitigen Beziehungen der Erkrankungen derselben (Seelig) 560.
Harnstoffausscheidung durch die äufsere Haut (Jahnel) 423.
Harntractus, 52 bakteriologisch interessante Fälle von infektiöser Erkrankung des (Melchior) 635.
Harntrübung (Posner) 205.
Harnuntersuchung zur Stellung der Diagnose (Huebner) 204.
Harnwege: Ätiologie, Pathogenese und Behandlung der septischen Infektionen der (Rovsing) 560.
— Medikamentöse Behandlung der Krankheiten der oberen (Mendelsohn) 86. 399.

Harnwege, Warmes Wasser in der Therapeutik der (Noguès) 413.
Haut, Desinfektion und desinfizierende Wirkung der menschlichen (Binaghi) 430.
— Fettfunktion der Knäueldrüsen und die Durchsetzung der H. mit Fett (Unna) 417. 501.
— Harnstoffausscheidung durch die äufsere (Jahnel) 423.
— Perspiratio insensibilis der (Reiss) 189.
— Resorptionsvermögen der normalen (Brock) 459.
— Veränderungen der faradocutanen Sensibilität und ihre Beziehungen zu der übrigen Sensibilität der (De Gracia) 429.
— Transplantationen von weifser H. auf einen Defekt in schwarzer Haut und umgekehrt am Ohr des Meerschweinchens (Loeb) 428.
— Primäre Aktinomykose der (Curt) 592.
— Seltene Form von Atrophie der (Neumann) 246.
— Ausscheidung der Bakterientoxine durch die (Walsh) 424.
— Disseminierte Gangrän der H. nach längerer Anwendung von Jodkalium (Audry) 407.
— bei spinaler Gliomatose oder Syringomyelie, Trophische Störungen der (Pospelow) 250.
— Hydrotherapie bei Erkrankungen der (Bonn) 78.
— Lio-Myom der (Audry) 410.
— und Schleimhaut, Lymphangioma circumscriptum der (Brocq und Bernard) 35.
— in einem Falle von skrophulösen Lymphomen des Halses, Tuberkulöse Thrombophlebitis der (Philippson) 38.
— und Schleimhäute, Melanodermia arsenicalis der (Audry) 190.
— und der angrenzenden Schleimhaut, Miliartuberkulose der (Kaposi) 184.
— Die hysterischen Neurosen der (van Harlingen) 481.
— Die trophischen Erscheinungen beim sogenannten primären Pigmentsarkom der (Zerbini) 355.
— Veränderungen der H. durch Podagra (Pospelow) 500.
— Zoster der Schleimhäute und der (De Havilland) 483.
Hautaffektion, Lichen ruber planus vortäuschende (Róna) 178.
Hautatrophie, Hyperkeratosis cutis unter dem klinischen Bilde einer erworbenen idiopathischen (Lion) 354.
Hautausschläge, auf der Basis infizierter Wunden entstehend (Taylor) 578.
— bei medikamenteller Anwendung von Borsäure und Borax (Rasch) 469.
Hautbehandlung, Vasogene als Vehikel für lokale (Ullmann) 264.
Hautcysten, Multiple follikuläre (Boselini) 349.
— Kongenitale bullöse Dermatitis mit (Bowen) 460.
Hautemphysem, Fall von aspiriertem (v. Thaal) 600.
Hauterkrankung der oberen Extremität, Strichförmige [Ekzem] (Sternthal) 25.
Hautfarbene Salben und Pasten (Rausch) 314.
Hautgangrän bei einer Hysterischen (Balzer und Mielsaux) 481.
— Multiple neurotische (Dehio) 481.
— nach Auflegen eines Eisbeutels (Bert) 475.
Hautgeschwüre, Chronische (Martin) 152.
Hauthörner, Epitheliom des Gesichts mit Bildung von H. (Thibierge) 141.
Hautinjektionen, Syphilisbehandlung mit variabel dosierten intramuskulären (Hildes) 467.
Haut- und Syphiliskranke in Serajewo, Mitteilungen aus der Abteilung für (Glück) 466.
— und Geschlechtskrankheiten (Kafka) 466.
Hautkrankheiten, Grundzüge einer allgemeinen Ätiologie der (Merk) 433.
— Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen (Chotzen) 258. 414.
— Handatlas der (Kaposi) 413.
— im Altertum, Aufgaben und Ziele einer Geschichte der (Bloch) 605.
— Ratschläge eines allgemeinen Praktikers für die symptomatische Behandlung von (Cutler) 429.
— Desinfektionswert und therapeutische Verwendung von Kresamin [Äthylendiaminkresol] bei (Eckstein) 261.
— der Kinder, Xeroform bei (Behrend) 640.
Hautsarkomatose, Primäre hämorrhagische, mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie (Stravino) 257.
— Idiopathische (Gravagna) 37.
Hauttransplantationen nach Thiersch (Mitchell) 326.
Hauttuberkulid, Weiterer Fall von (Meneau) 409.
Hauttuberkulose (Rosenthal) 252.
— Hämatogene (Naegeli) 533.
— im Anschlufs an Masern (Du Castel) 636.
— der Wange, Ulceröse (Lieberthal) 556.
Hauttumor unbekannter Natur (Perrin) 148.
Hautvenen, Lepra der gröfseren (Glück) 74.
Hautveränderungen beim Arsenicismus, Chronische (Geyer) 83.
— nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen (Unna) 478; (Behrend) 479; (Below) 479; (Kibbe) 479; (Dale) 480; (Gilchrist) 480.

Heilserum, Immunität und Disposition (Froehlich) 465.
Hermaphrodit (Bruck) 653.
Hermaphroditismus (Menke) 270.
Herpes und Ekzem, Ein Fall von Neuritis des Quintus mit (McConnell) 484.
— der Schleimhäute und der Haut (De Havilland) 483.
— tonsurans s. Trichophytie.
— zoster s. Zoster.
Hexamethylentetramin 40.
Hirsuties 432.
Hitzebestrahlung, Ulcus molle, behandelt mit [Audry] (Krösing) 186.
Hoden, Tuberkulose der (King) 533.
Hodenerkrankungen, Klinische Beobachtungen über (Bangs) 197.
Hyaline Degeneration und Blastomyceten (Pelagatti) 427.
— Körperchen und Blastomyceten (Pelagatti) 37.
Hydatiden der Niere. Ausscheidung von Hydatiden mit dem Urin (Roche) 413.
Hydrargol 40.
Hydrargyrum colloidale als Antisyphiliticum (Werther) 624.
Hydrocele-Operation durch Umstülpung der Tunica vaginalis (Delore) 197.
—-Punktion, Wandständiges Hämatom des Hodensacks im Gefolge einer (Weis) 198.
Hydronephrose, Scharlachnephritis kompliziert mit (Pospischill) 514.
Hydrotherapie bei Erkrankungen der Haut (Bonn) 78.
Hyperkeratosis cutis, unter dem klinischen Bilde einer erworbenen idiopathischen Hautatrophie verlaufend (Lion) 354.
— figurata centrifuga atrophicans, fälschlich Porokeratosis genannt (Ducrey und Respighi) 635.
Hyperplasie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes (Abeles) 431.
Hypospadie der Eichel, Neue Operationsmethode der (Beck) 87; (Josserand) 88.
— Modifikation zur Operation der (Link) 432.
Impetigo herpetiformis und Pyodermitis vegetans (Tommasoli) 257.
— vulgaris (Hodara) 499.
Impfnarben, Tuberkulöse Syphilide auf (Fournier) 345.
Impfschädigungen. Wie kann sich der Impfarzt vor wirklichen und angeblichen I. schützen? (Schlofsmann) 400.
Impotenz, Sexuelle (Laruelle) 198.
— und die Gassenschen Apparate (Loewenfeld) 199.
Incontinentia urinae (Berg) 95.
— — in der Kindheit (Rochet und Jourdanet) 95.
Indigourie (Bogdanoff-Beresowsky) 266.
Initialsklerose, Excision einer (Fournier) 141.
— Extragenitale (Bieck) 363.
— der Augenlider (Gayzow) 363.
— der Lippe infolge wahrscheinlicher Infektion durch einen Schminkstift (Montgomery) 363.
Jod, Einfluſs desselben auf den Gehirndruck (v. Zeissl) 325.
Jodakne, Zur Histologie der (Giovannini) 346.
Joderythem nach Darreichung von Jodothyrin (Ehrmann) 469.
Jod- und Bromfette, Jodipin und Bromipin 40.
Jodfette, ihr Verhalten im Organismus und ihre therapeutische Verwendung (Winternitz) 640.
Jodkalium, Disseminierte Gangrän der Haut nach längerer Anwendung von (Audry) 407.
Jodoformal 40.
Jodoformogen, ein geruchloses Jodoformpräparat (Gaab) 260; (Kromayer) 260.
Jodothyrin 40.
— Joderythem nach Darreichung von (Ehrmann) 469.
Jodvasogen (Friedländer) 263.
Jodvasogene (Schürmayer) 401.
Irische Dermatologen (Purdon) 438.
Itrol, Behandlung der Blennorrhoe mit (Peroni und Piccardi) 37.
Itroltherapie bei venerischen Krankheiten (Sprecher) 641.

Jadassohni Morbus (Róna) 180.
Ichthalbin 40.
Ichthyol (Unna) 401.
Ichthyosis (Molony) 152; (Knauer) 580.
— hystrix (Schourp) 146.
— serpentina, Hochgradige (Alpár) 633.
— Die Wirkung des Thyreoidextrakts auf Hautkrankheiten, illustriert an Fällen von (Don) 580.
Ikterus nach Lactophenin (Hahn) 477.
Impetigo herpetiformis der Eichel (Audry) 410.
Kalipasten und Kalidunstverbände (Unna) 65.
Kalomeleinreibungen bei Syphilis (Rille) 401.
Kalomelinjektionen, Diagnostischer Wert der intramuskulären (Scarenzio) 38.
Kanüle zu totalen Karnröhrenirrigationen, Neue (Colombini) 46.
Karate (Sabouraud) 344.

Karbol- und Säureeinwirkungen auf lebende Gewebe (Kamm) 476.
Karbolsäuregangrän, Zur Kasuistik der (Levai) 476.
Karbunkelbehandlung (Madelung) 28.
Katheter- oder Urinfieber, Fall von sogenanntem (Frew) 653.
Katheterfieber, Tod in 20 Stunden, Autopsie (Reid) 90.
Katheterismus, Hindernisse beim (Kollmann) 89.
— der Ureteren (Fedoroff) 204.
Kehlkopfsyphilis, Frühzeitige, bei Kindern mit hereditärer Syphilis (Arslan) 647.
Keloid (Mantegazza) 37.
— mit progressivem Verlaufe (Balzer und Leroy) 189.
Keloidbehandlung mit Thiosinamin (Newton) 596.
Keratingranula, Was sind die Ernstschen (Kromayer) 418.
Keratomalacie und Syphilis hereditaria (Peterson) 646.
Kerosin 42.
Knäueldrüsen und die Durchsetzung der Haut mit Fett, Fettfunktion der (Unna) 501.
Kochsalzinjektionen bei ausgedehnten Verbrennungen, Wirkung der (Tommasoli) 478.
Kopfgrind in Bosnien und Herzegowina (Glück) 467.
Kondylomatöse Wucherungen an der Vorhaut und am behaarten Kopf (Thévenin) 407; (Kromayer) 418.
Konträre Sexualempfindung beim Manne (Goldfarb) 546.
Krankenversorgung und -pflege, Handbuch der (Liebe, Jacobsohn, Meyer) 466.
Krebserkrankungen, Operieren oder Nichtoperieren bei (Robinski) 565.
Kresamin (Äthylendiaminkresol), sein Desinfektionswert und seine therapeutische Verwendung bei Hautkrankheiten (Eckstein) 261.
Krotonentzündung (Kulisch) 400.

Largin (Küsel) 500.
Leiomyom der Haut (Audry) 410.
— der Wangenhaut von Erbsengröfse (Herzog) 556.
Lenirobin und Eurobin, Chrysarobinderivate (Kromayer und Vieth) 17.
Lepothrix 541.
Lepra (Bogdan) 408.
— Ein Fall von (Habel) 531.
— Allgemeine Bemerkungen über (Kaposi) 71.
— Zur Geschichte der (Lesser) 73.
— Präcolumbische (Ashmead) 152.
Lepra in Island (Cahnheim, Ehlers Grofsmann) 135.
— Anzahl der Leprösen auf Island (Björnsson) 530.
— in Brasilien (Ashmead) 530.
— im britischen Reiche (Abraham) 530.
— Verteilung und Ausbreitung in Holland und seinen Kolonien (Broes van Dort) 74.
— mutilans in Kopenhagen (Ehlers) 503.
— in Paris (Hallopeau) 135.
— in der Provinz Posen (Staub) 318.
— in Rufsland (Kirchner und Kuebler) 530.
— Verbreitung in Schweden (Sederholm) 74.
— in der Türkei (von Düring) 74.
— in Ländern, in welchem L. nicht endemisch ist (Thibierge) 134.
— Zur Ätiologie der (Broes van Dort) 145.
— Pathogenese der (Sticker) 70.
— In wieweit ist man berechtigt, den Leprabacillus als die Ursache der Krankheit anzusehen? (Neisser) 69.
— Stellung unter den Infektionskrankheiten und die pathologisch-anatomische Erfahrung (Virchow) 71.
— Kontagiosität der (Zunaga) 135; (Zambaco) 528.
— — und Prophylaxe der (Kaposi) 528.
— anaesthetica ist kontagiös (Ashmead) 531.
— Nichtkontagiosität der anästhetischen (Impey) 70.
— Ätiologische Bedeutung der Heredität und der Übertragbarkeit (Besnier) 71. 132.
— Übertragung von Mensch zu Mensch (Hansen) 71.
— Bemerkungen über Übertragbarkeit etc. (Geill) 70; (Dehio) 72.
— Giebt es Verschleppung durch Effekten [indirekte Kontagion]? (v. Bergmann) 72.
— Nachkommenschaft der Leprösen (Zambaco) 135.
— Prophylaxe der (Broes van Dort) 72. 135.
— und Immigration (Arning) 72.
— -Gesetz für die Auswanderer nach Amerika (Ashmead) 529.
— Gesetze der Republik Hawai gegen (Glade) 134.
— Isolation bei (Hellat) 72; — (Hansen) 73.
— Nichtisolierung der Leprösen in New York (Ashmead) 529.
— Verhütung und Unterdrückung der (Goldschmidt) 72.
— -Kolonien und -Gesellschaften (Hellat) 74.
— Vereine zur Bekämpfung der (Kirchner) 74.

Lepra, Abstammung und Variation des Bacillus der (Ashmead) 70.
— Zum Bacillennachweis bei den pemphigoiden Lepraaffektionen (Aristidi) 134.
— Der Leprabacillus im menschlichen Körper zu verschiedenen Perioden seines Wachstums (Herman) 71.
— Zur Histologie der; insbesondere Leprazellen, Globi und Riesenzellen (Dohi) 133.
— Leprazellen, Zur Frage der (Schäffer) 133.
— Über einen aus einem Leprafalle gezüchteten alkohol- und säurefesten Bacillus aus der Tuberkelbacillengruppe (Czaplewski) 531.
— und Tuberkelbacillen, Differentialdiagnose von (Zeit) 556.
— Werden Leprabacillen von Leprakranken ausgeschieden und auf welche Weise verlassen sie den Körper (Weber) 531.
— Pathologische Anatomie der erythematopigmentären Lepraflecken (Darier) 71. 133.
— Initialerscheinungen der (Petersen) 132.
— Augenleiden in den beiden Formen der (Berthen) 73.
— der gröfseren Hautvenen (Glück) 74.
— Lokalisation an Nase, Rachen, Kehlkopf (Jeanselme und Laurens) 72.
— der oberen Atmungs- und Verdauungswege (Glück) 70.
— leontina (Lush) 532.
— nervorum (Eichhorst) 532.
— Einfluſs der Infektion auf die Nervenzellen des Rückenmarks (Babes) 529.
— Schwierigkeiten in der Diagnose nervöser Formen (von Düring) 80.
— Die anästhetischen Formen der (Looft) 74.
— Histologie der [spez. Nervensystem] (Babes) 71.
— anaesthetica; die Veränderungen der Medulla; Beziehungen zur Syringomyelie (Kalindero) 132.
— Die Sensibilitätserscheinungen bei der (Jeanselme) 132.
— Morvansche Krankheit, Syringomyelie etc. in den Beziehungen zur (Zambaco) 73.
— und Syringomyelie (Laehr) 135; (Oppenheim) 135.
— Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie (Laehr) 135.
— Abwesenheit des Hansenschen Bacillus in einem Falle tuberkulöser L., Beziehungen der Nervenlepra zur Syringomyelie (Petrini) 134.
— Tuberöse (Lieberthal) 556.
— tubero-maculo-anaesthetica, Schulfall von (Lassar) 501.
— Viscerale (Joseph) 72. 133.
— Demonstration zur Frage der visceralen (Schäffer) 133.
Lepra in der Leber und Milz (Musehold) 133.
— Zur Lehre von der L. und ihrer Behandlung (Baelz) 527.
— Zur Frage über die Serumtherapie der (Grünfeld) 403.
— Behandlung mit Serotherapie (Herman und Abraham) 134; — (Laverde) 134.
— Heilbarkeit und Behandlung der (Fornara) 134.
— Gebrauch des Antivenenum bei (Dyer) 134.
— Serum nach Carrasquilla bei (Barillon) 72.
— Das Serum von an tuberöser L. Leidenden und die Toxicität des Urins (Petrini) 134.
— Offizieller Bericht an die Regierung der Kapkolonie über die Serumbehandlung der (Atherstone und Black) 135.
— Behandlung mit intramuskulären Sublimatinjektionen (Crocker) 134.
Leprabacillen-Verbreitung von den oberen Luftwegen aus (Schäffer) 252.
Leprabacillus und Histologie der Lepra (Babes) 192.
Leprachronik der Klinik zu Rom (Campana) 356.
Lepraprozefs, Ursachen und Bedeutung der Eruptionen im (Glück) 402.
Lepraserum nach Carrasquilla 41.
Lepröse, Melancholie derselben (Ashmead) 463.
Leukocytose bei Scharlach (Steindler) 513; — (Silvestre) 513.
Leukonychie (Joseph) 137.
Leukoplakia pharyngis non specifica (Rosenberg) 603.
Leukoplasien, Sekundär syphilitische (Barbe) 142.
Liantral, Dermatotherapeutische Erfahrungen mit Unguentum Caseini cum (Beck) 453.
Lichen ruber (Breda) 79.
— — extern behandelt (Róna) 555.
— — acuminatus (Pospelow) 500.
— — planus, Fall von (Basch) 555.
— — — mit Lichen acuminatus-Knötchen (Róna) 177.
— — — vortäuschende Hautaffektion (Róna) 178.
— — — der Mundschleimhaut (Glawsche) 632.
— scrophulosorum (Walker) 533.
Lichenoides und psoriasiformes Exanthem (Pinkus) 249.
Licht, Heilkraft desselben (Gebhard) 258.
Lichttherapie, Die Finsensche (Bang) 1.
Litholapaxie, Fortlaufende Reihe von 200 (Baker) 195.
— im Civilhospital zu Hyderabad (Baker) 195.

Lithotripsie und Cystoskopie beim Weibe (Pasteau) 505.
Lithotritie, Ungewöhnlicher Vorfall bei Ausführung der (White) 196.
Littlesche Krankheit und hereditäre Syphilis (De Amicis) 75.
Lupöses Gewebe, Wirkung des Tuberkulin-R auf (Waelsch) 323.
Lupus vulgaris, Mikroskopische Präparate von (Tschlenow) 632.
— Zur Pathogenese und Histologie des (Tauffer) 157.
— des Kehlkopfs, Primärer (Mayer) 534.
— tumidus hypertrophicus (Glawsche) 500.
— Kalomelinjektionen bei tuberkulösem (Du Castel) 345.
— Behandlung mit konzentrierten chemischen Strahlen (Finsen) 536; (Kümmell) 401; (Albers-Schönberg) 536.
— Behandlung mit Tuberkulin R. (Sternthal) 400.
— und andere tuberkulöse Läsionen, behandelt mit Tuberkulin R. (Porges) 534; (Campana) 534; (Krzysztalowicz) 535; (Morris und Whitfield) 535; (Jamieson) 536.
— und Herpes tonsurans, Monochlorphenol beim (Barbe) 346.
Lycetol (De Tollenaere) 42.
— bei Erkrankungen der Harnorgane (Hamonic) 42.
Lymphadenitiden durch Infektion von der Harnröhre aus (Blasi) 86.
Lymphangioma, Spontanes Verschwinden eines kongenitalen cystischen (D'Arcy Power) 595.
— circumscriptum der Haut und der Schleimhäute (Brocq und Bernard) 35.
— tuberosum multiplex (Lesser) 138.
Lymphangio-Phlebitis, Bemerkenswerter Erfolg von Ichthyolglycerin bei einem anscheinend verlorenen Fall von (Robinson) 589.
Lymphangitis, Rasch verlaufende tuberkulöse (Balzer und Leroy) 343.
Lymphcysten, Zur Kasuistik der traumatischen (Langer) 595.
Lymphdrüsen bei einem Syphilitiker, Lange Dauer der antitoxischen Kraft der (Haan) 411.

Marchische Färbung und Markscheidenfärbung von Weigert (Aschkanasy) 418.
Masern, s. Morbillen.
Masturbation (McClanahan) 156.
Melanoblasten bei der Syphilis, Rolle der (Ehrmann) 81.
Melanodermia arsenicalis der Haut und der Schleimhäute (Audry) 190.
— Eigentümliche Form von (Thévenin) 407.
Melanurie ein Kunstprodukt der Chininsalze (Below) 205.
Mercks Bericht für 1897 S. 39.
Merkurielle Exantheme, Sogenannte (Neisser) 475.
Mikroorganismen, welche sich morphologisch und tinktoriell wie der Tuberkelbacillus verhalten (Moeller) 419.
Mikroskopie am Krankenbette, Atlas der (Peyer) 153.
Mikroskopische Präparate (Joseph) 27.
Milchsomatose, Therapeutische Verwendung der (Zum Busch) 640.
Miliartuberkulose der Haut und der angrenzenden Schleimhaut (Kaposi) 184.
Milzbrand (Robinson) 592.
Mischgeschwülste und Dermoide des Hodens [embryoide Tumoren] (Wilms) 401.
Möllersche Krankheit (Baron) 508.
Mollusca und Naevi, ihre Umwandlung in Sarkome und Epitheliome (Girard) 594.
Molluscum fibrosum universale (Schwimmer) 33.
Monochlor-Essigsäure bei Behandlung des Xanthoma (McGuire) 463.
Monochlorphenol beim Lupus und Herpes tonsurans (Barbe) 346.
Morbillen (Wellberg) 517.
— -Epidemie im New-Yorker Findelhaus (Northrup) 517.
— — in Porto Empedocle (Moscato) 517.
— -Epidemien, Beiträge zur Statistik der (Möller) 516.
— mit Kehlkopfdiphtherie kompliziert (Shurly) 518.
— Mortalität bei (Kenwood) 517.
— Pemphigus in der Rekonvaleszenzperiode der (Du Castel) 518.
— -Pneumonie (Köster) 518.
— -Rückfälle (Eonnet) 518.
— Sekundäre Infektion intestinalen Ursprungs nach; Hepatitis, Perihepatitis putride Pleuritis (Roger und Comte) 518.
— Hauttuberkulose im Anschluß an (Du Castel) 636.
Morphoea 530.
Morvansche Krankheit, Syringomyelie in Beziehung zur Lepra (Zambaco) 73.
Mundspüler 603.
Muskeln und Fascien des Beckenausganges (Holl) 465.
Mycetoma pedis (Delbanco) 401.
Myiasis, Cutane, veranlaßt durch Östruslarven (Abraham) 601.
— in Rumänien; Behandlung durch die Landbevölkerung (Blanchard) 601.

Mykosis fungoides (Whitfield) 147.
— oropharingalis 603.
Myositis scarlatinosa (Brück) 513.
Myxödem, durch Herzfehler kompliziert (Neos) 599.

Nabeldiphtherie (Pitts) 591.
Nägel und Nagelerkrankungen (Heller) 27. 173.
Naevi, Ursprung der weichen (Scheuber) 253.
Naevus, Diffuser sich ausbreitender oberflächlicher (White) 602.
— der Lippe, der zu einer Hasenscharte führte (Brandt) 602.
— flammeus giganteus (Heller) 552.
— pigmentosus, Seltener Fall von (Sprecher) 602.
— verrucosus (Shiwult) 553.
— — ichthyosiformis (Shiwult) 553.
Naevusfrage, Demonstration mikroskopischer Präparate zur (Unna) 401.
Naftalan (Rosenbaum) 261.
— in der dermatologisch-syphilidologischen Praxis (Rohleder) 105.
Nagelflecke, Weifse (Sykes) 597.
Neuritis des Quintus mit Herpes und Ekzem (McConnell) 484.
— Symmetrische Gangrän in Verbindung mit peripherer (Munro) 507.
Neurodermitis papulosa (Schwimmer) 32.
Neurofibromatosis generalisata acquisata (Briquet und Chérigié) 409.
Neurosen der Haut, Die hysterischen (van Harlingen) 481.
Niere, Indikationen und Auswahl der operativen Eingriffe bei Tuberkulose der (Park) 464.
Nieren, Einfluſs des Quecksilbers auf die (Karvonen) 143.
Nierenchirurgie, Diagnostischer Wert des Ureterenkatheterismus für die (Hollaender); (Casper) 270.
Nierenkonkremente, Genitalapparat-Affektionen als Symptome von (Abrahams) 87.
Nierenkrankheiten, Vorträge über die (Freitag) 414.
Nierenstein, Groſser hirschgeweihartiger (Viertel) 502.
Nodositas pilorum microphytica 537. 541.
Nosophen und Antinosin in der Behandlung von Harnröhren- und venerischen Erkrankungen (Dundore) 640.

Ödem, Familiäre Form des akuten circumscripten (Schlesinger) 470.
— Alkoholisches (Drummond) 470.
Ödem, Wanderndes (Williams) 470; (Brown) 471; (Stephen) 471; (Masterman) 471.
— im Säuglings- und Kindesalter 472.
Onychomykosis trichophytica (Censi) 37.
Oophorinbehandlung (Saalfeld) 261.
Ophthalmoblennorrhoea neonatorum (Fürst) 271.
Orthoform als Anaestheticum bei intramuskulären Injektionen (Loeb) 8.
Oxole: Camphoxol, Mentholoxol, Naphtoxol 40.
Ozaena, Schwere rheumatoide Erscheinungen nach Injektionen von antidiphtherischem Heilserum in einem Falle von parasyphilitischer (Garnault) 366.

Parasiteneier und -Larven im Harn der Bewohner von Natal und Transvaal (Strube) 267.
Parasyphilitische Ozaena, Schwere rheumatoide Erscheinungen nach Injektionen von antidiphtherischem Heilserum in einem Falle von (Garnault) 366.
Peliosis rheumatica (Aldrich) 510.
Pellagra (Glück) 27.
— in Ägypten (Sandwith) 637.
Pemphigoide Lepraaffektionen, Zum Bacillennachweis bei denselben (Bey) 134.
Pemphigoider Ausschlag 578.
Pemphigus (Sternthal) 400; (Bridges) 587; (Szadek) 586.
— Beitrag zur Lehre vom (Westberg) 585.
— Gegenwärtiger Stand der Lehre vom (Neisser) 584.
— acutus 578.
— chronicus vulgaris auf der Schleimhaut des Mundes und der Epiglottis (Miller) 588.
— contagiosus (Sichel) 587.
— foliaceus 578.
— neonatorum mit Staphylokokkeninfiltration (Holt) 587.
— Primärer P. der Schleimhäute [Conjunctiva und Respirationstractus] (Demmen) 586.
— in der Rekonvalescenzperiode der Masern (Du Castel) 518.
— bei einem Rachitis-Kinde, Purpura haemorrhagica (Steele) 510.
— vegetans-Neumann [Condylomatosis pemphigoides maligna] (Tommasoli) 321.
— — Pyodermite végétante, Ihre Beziehungen zum (Halloppeau) 85.
Pemphigusblasen, Zur Anatomie und Pathogenese der (Jarisch) 182.
Penis, Carcinoma (Hutchinson jun. und Frazer) 88.

Penis, Fremdkörper am (Jüngst) 88; (Chaillous) 88.
Perinealer Schnitt, Vereinfachung der Technik desselben; Beschreibung neuer Instrumente und Bericht über 116 Fälle (Horwitz) 464.
Perspiratio insensibilis der Haut (Reiss) 189.
Pessar-Urinar (Hottinger) 35.
Pharmazeutische Bemerkungen (Skinner) 637.
Phimose, Kongenitale, mit 39 Präputialsteinen (Patterson) 655.
Phlegmonen, Zur Kasuistik der durch Gonokokken hervorgerufenen paraartikulären (Meyer) 274.
Photogramme des Innern der männlichen Harnröhre, Neue (Kollmann) 91.
Photographie, Praktikum der wissenschaftlichen (Kaiserling) 356.
Photographien in natürlichen Farben nach dem Ivesschen Verfahren (Isaac) 629.
Phototherapie (Gebhard) 258.
Piedra 541. 542.
Pigmentsarkom der Haut, Die trophischen Erscheinungen beim sogenannten primären (Zerbini) 355.
Pikrinsäure als erster Verband bei Verbrennungen (Miles) 478.
Pityriasis rubra (Brocq) 581.
— — pilaris (Rosenthal) 629.
Plasmazellen in den normalen und tuberkulösen Granulationen, Über die Unnaschen (Justi) 425.
Podagra, Veränderungen der Haut durch (Pospelow) 500.
Porokeratosis, Lokalisation auf der Mundschleimhaut (Ducrey und Respighi) 581.
— Hyperkeratosis figurata centrifuga atrophicans fälschlich genannt (Ducrey und Respighi) 635.
Präputialsteine, Kongenitale Phimosis mit 39 (Patterson) 655.
Präputium als Ursache von Konvulsionen bei Kindern, Adhärentes (Darey) 655.
Priapismus (Ward) 656.
Primäraffekt an der Vaginalportion des Uterus (Neumann) 502.
Primula obconica, Vergiftung durch (Neale) 472.
Prolaps der Urethra beim Weibe (Scholtz) 270.
Prostata, Gumma der (Grosglik) 364.
— Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der (Albarran und Hallé) 505.
— Sarcoma der (Marsh) 203.
— Scirruskrebs der (Heaton) 202.
Prostatahypertrophie, Zur modernen Behandlung der (Sacchi) 201.
— Studien über die therapeutischen Resultate der gegen die Kongestionszustände gerichteten Methode in der Behandlung der (Noguès) 412.
Prostatahypertrophie, Chirurgische Behandlung der (Catchart) 199.
— Galvanokaustische Radikalbehandlung nach Bottini (Freudenberg) 200.
— Kastration bei (Loumeau) 202.
— Operative Behandlung der (Helferich) 201.
— Resektion der Samenausführungsgänge bei (Sacharow) 202.
— Resektion des ganzen Samenstranges bei (Erdberg) 202.
— Zur Bottinischen Operation bei (Freudenberg) 200; (Simon) 355.
— Zur Frage der sexuellen Operationen bei (Lennander) 200.
Prostataincisor, Der Bottini-Freudenbergsche (Viertel) 502.
Prostatektomie, Suprapubikale (Robson) 202.
Prostatiker, Krankenpflege der (Richter) 199.
— Beziehungen zwischen der arteriellen Spannung und der Kontraktilität der Blase bei solchen (Genouville und Pasteau) 506.
Prostatitis acuta blennorrhoica und Querleiste der Harnröhre (Goldberg) 50.
— blennorrhoica glandularis (Finger) 83.
— und Urethritis, Bakteriologische Untersuchungen bei chronischer (Cohn) 34.
Prostatorrhoea und Urethrorrhea ex libidine (Sturgis) 460.
Prostituierten, Venerische Affektionen der Analgegend bei (Bandler) 76.
Protargol (Neisser) 25; (Rosenthal) 28; (Benario) 42; (Bender) 77; (Kaufmann und Bloch) 261; (Ruggles) 377; (Barlow) 378; (Wentscher) 378; (Welander) 323; (Fournier) 412.
— -Instillationen bei chronischen Urethritiden (Desnos) 412.
Prurigo (Dohi) 482.
Pruritus 189; (Veiel) 25.
— albuminuricus 189.
— Pathologie und Behandlung des 600.
Pseudohermaphroditismus (Alexander) 87.
— femininus externus (Daffner) 653.
Pseudo-Lupus vulgaris infolge eines Sprofspilzes (Gilchrist und Stokes) 591.
Psoriasiformes und lichenoides Exanthem (Pinkus) 249.
Psoriasis, Atypische [Ps. ostreacea] (Deutsch) 582.
— Zur Behandlung der (Richter) 342.
— guttata, Syphilisähnliche (Rudlitz) 141.
— bei einem Syphilitiker (Dubois-Havenith) 583.

Psoriasis rupioides (Waelsch) 583.
— und Balneotherapie (Vollmer) 583.
— mit persistierenden Achromien: Lokalisation im Verlaufe von Nervensträngen (Hallopeau und Gasne) 343.
— verrucosa (Waelsch) 583.
— vulgaris mit follikulären Läsionen (Varga) 556.
Psorospermosis, Infektiöse generalisierte (Posadas) 593.
Puerperal-Erythema (Stack) 468.
Pulvis cuticolor (Unna) 244.
Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi) 188.
— bei Kindern, Unkomplizierte (Tyers) 809.
— haemorrhagica nodularis (Fabry) 82.
— — Histologische Mitteilungen über (Fabry) 401.
— — (Weber) 510.
— — nach Maltafieber (MacLeod) 510.
— — und Pemphigus bei einem Rachitis-Kinde (Steele) 510.
— fulminans 509; (Dercum) 510.
— Tödlicher Fall von (Steele) 510.
— infolge Benzinintoxikation (Lenoir u. Claude) 509.
— rheumatica (Johnson) 509.
— Tödlicher Fall bei einem Säugling Brinch) 509.
Purpuraartiges Quecksilbererythem (Fournier) 141.
Pustula maligna (Ellis) 591.
— — behandelt mit Incision und Applikation von Karbolsäure (Jackson) 592.
Pustulosis acuta varioliformis (Juliusberg) 558.
Pyodermite végétante, ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und zum Pemphigus vegetans (Hallopeau) 85. 458.
— — und Impetigo herpetiformis (Tommasoli) 257.
Pyoseptikämie und Endocarditis bei Blennorrhoe (Babes und Sion) 48.
Pyrogallol, Behandlung tuberkulöser Prozesse mit (Veiel) 322.
Pyrogallolderivate: Lenigallol, Eugallol, Saligallol (Kromayer und Vieth) 13.
Pyrogallolum oxydatum 40.
Pyrogallussäure, Tod durch Vergiftung mit (Reilly) 42.
— Behandlung der P.-Vergiftung (Smith) 43.
Pyurie (Litten) 550.
— Ursachen und Diagnose der (Kelly) 267.

Quecksilber, Einfluſs des Q. auf die Nieren (Karvonen) 143.
— und Schleimhaut (Schumacher) 254.
Quecksilber, Form der Anwendung von (Welander) 559.
Quecksilberausschlag (Bendersky) 262.
Quecksilberbehandlung der Syphilis, Unangenehme Nebenwirkungen bei der (Klotz) 185.
Quecksilber-Benzoat, Syphilisbehandlung mit subcutanen Injektionen von (Gaucher) 373.
Quecksilbererythem, Purpuraartiges (Fournier) 141.
Quecksilberinjektionen, Syphilisbehandlung mit intravenösen (Byles) 374.
Quecksilberoxydsalbe, Die gelbe (Schanz) 640.
Quecksilbersalbe aus colloidalem Quecksilber bereitet, Graue 640.
Quecksilbertherapie, Zur Geschichte der (Rabitsch) 648.
Quecksilbervergiftung (Montgomery) 262.
Querleiste der Harnröhre und Prostatitis acuta blennorrhoica (Goldberg) 50.
Quiglia 530.

Rasierschanker auf der rechten Wange (Joseph) 136.
Raynaudsche Krankheit (Lassar) 501; (Mouillot) 506.
— — und Erythromelalgie (Elsner) 482.
Reaktive Heilmittel, Einige neue (Kromayer und Vieth) 11. 25.
Reichsmedizinal-Kalender 468.
Resorcinderivate 18.
Rhinosklerom, Bemerkungen zur Histologie und Ätiologie desselben (Secchi) 592.
Röntgenstrahlen und ihre physiologische Wirkung (Crookes) 480.
— in der Dermatotherapie (Schiff) 400.
— Therapeutische Verwendung der (Gocht) 430.
— Hautveränderungen nach Durchleuchtung mit (Unna) 478; (Behrend) 479; (Below) 479; (Dale) 480; (Gilchrist) 480.
— -Dermatitis nebst mikroskopischem Befund der erkrankten Haut (Kibbe) 479.
— Tiefe Gewebsverletzung durch (Walsh) 480.
— Lupusbehandlung mit (Kümmell) 401; (Finsen) 536; (Albers-Schönberg) 536.
Rotlaufbacillus, Die Streptothrixform des (Kitt) 588.
Rubeolen (Blaschko) 519; (Fuhrmann) 519.
Rubeolenepidemie (Arnold) 519.
Rückenmarkssyphilis (Spiller) 371.
Russelsche Körperchen bei einigen Dermatosen (Mantegazza) 427.

Salbengrundlage, Terralin eine neue (Eichhoff) 263.
Salophenwirkung, Zur Kenntnis der (Bloch) 43.
Salosantal bei der inneren Medikation der Krankheiten der Harnorgane (Werler) 261.
Samenausführungsgänge, Resektion der S. bei Prostatahypertrophie (Erdberg) 202.
Samenfäden von Mensch und Ratte, Verhalten der Centralkörper bei der Histogenese der (Meves) 501.
Sarcoma der Prostata (Marsh) 203.
Sarcomatosis cutis (Merk) 353.
Sattelnase, Hereditär-syphilitische (Oettinger) 546.
Scabies 265.
Scarlatina (Seitz) 511.
— Albuminurie bei (Dittmar) 514.
— Behandlung unsicherer Fälle (Dittmar und Brownlee) 515.
— Bemerkungen betreffend eine Epidemie von (Korteweg) 512.
— Dauer der Infektiosität (Neech) 512.
— Hyperpyrexie bei (Hadden) 512.
— Karbolsäure bei (Wiglesworth) 515.
— Leukocytose bei (Steindler) 513; (Silvestre) 513.
— mit Antistreptokokken-Serum behandelt (Gordon) 515.
— -Nephritis, kompliziert mit Hydronephrose (Pospischill) 514.
— Nutzlosigkeit der Isolierung bei (Wiglesworth) 514.
— Relaps bei (Cosgrave) 513.
— Trockene Gangrän beider Unterextremitäten als Komplikation einer gewöhnlichen; doppelte Amputation, Heilung (Pearson und Littlewood) 513.
— und Erd-Temperaturen (Crocker-Eccles) 512.
— und Tod infolge Thrombose der Vena Galeni (Goodell) 512.
— und Typhus (Gabe) 514.
Schanker, Weicher s. Ulcus molle.
— Harter s. Initialsklerose.
— -Einimpfung durch den Höllensteinstift (Burwinkel) 362.
Scharlachähnlicher Ausschlag (Stevenson) 468.
Scheidendrüsen (Herff) 400.
Schleimhaut und Quecksilber (Schumacher) 254.
Schleimpapillom der Unterlippe, Gutartiges (Gastou und Haury) 141.
Schweifsfriesel (Immermann) 467.
Schwitzen und Erröten beim Essen, Lokalisiertes (Weber) 468.
Scirruskrebs der Prostata (Heaton) 202.
Scrophuloderma (Martin) 152.
Seborrhoea 265.
— circinata (Róna) 177. 555.
Seborrhoide (Hallopeau) 343.
Sensibilität, Veränderungen der faradocutanen, und ihre Beziehungen zu der übrigen Sensibilität der Haut (De Grazia) 429.
Serum, Injektionen von künstlichem S. bei Verbrennungen (Azzarello) 257.
Serumtherapie der Lepra, Zur Frage über die (Grünfeld) 403.
— bei Syphilis, Was wissen wir von einer (Neisser) 326.
Siderose, Physiologische und pathologische (Lipski) 601.
Silber als Heilmittel, Lösliches metallisches 262.
Sklerodermie, Beitrag zur Kasuistik der (Sternthal) 319. 400; (Méneau) 408.
— neonatorum (Pavone und De Bonis) 599.
— universalis (Alpár) 179.
Smegmabacillen, Reinkulturen von (Laser) 419; (Czaplewski) 419.
Somatose (Maaben) 43.
Sozojodolsalze (Fasano) 641.
Sperma, Der mikrochemische Nachweis von (Richter) 196.
— Weitere Mitteilungen über (Posner) 399.
Spermatocystitis blennorrhoica (Collan) 416.
— — und ihre Beziehung zur Überwanderung von Bakterien aus dem Darm in die Blase (Fuchs) 351.
Spermatozoen, Kontraktionsvermögen der (Moser) 196.
Spirillen bei Balanoposthitis circinata (Csillag) 180.
Sporenfärbungsmethode, Eine einfache (Aujeszky) 419.
Sporozoen in Geschwülsten (Sawtschenko) 420.
Sprofspilzmykosen, Menschliche und tierische (Buschke) 24.
Spülkanüle etc. (Müller) 27.
Staphylococcus haemorrhagicus, ein für Menschen und Tiere pathogener Coccus (Klein) 507.
Stein, Eingefafster (Nicolich) 103.
Steinbildung in der Blase mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist (Hénesco) 505.
Steinkohlenteer, Neueres über (Leistikow) 397.
Sterilität und Tripper (Benzler) 347.
Strichförmige Hauterkrankung der oberen Extremität [Ekzem?] (Sternthal) 25.
Strictura, Behandlung der dehnbaren S. nach den von Prof. Guyon geübten Methoden (Warden) 91.
— urethrae, Lokalisation der organischen (Midwedew) 91.
— — und deren Behandlung, Elastische (MacGillivay) 92.

Strictura urethrae und ihre Behandlung (Wossidlo) 92.
— — Elektrolytische Behandlung (Newman) 92.
— — Endoskopie der (Federer) 82.
Struma syphilitica (Rüttner) 401.
Sublimatinjektionen, Endovenöse, bei den serösen und Gelenk-Lokalisationen des blennorrhoischen Giftes (Levi) 51.
Suppositorien und Stäbchen, Zur Anfertigung von 41.
Suspensorien und ihr Ersatz (Friedländer) 504.
Sykosis 265.
Syphilid, Pustulöses [Syphilis maligna] (Möller) 364.
— Vernachlässigtes ulceröses (Joseph) 629.
Syphilide, Wiederkehrende makulöse (Harttung) 181.
— auf Impfnarben, Tuberkulöse (Fournier) 345.
— Zosterförmige (Spillmann und Etienne) 363.
Syphilis (Owings) 463.
— und syphilisähnliche Hautkrankheiten, Atlas der (Chotzen) 562.
— Zur Ätiologie der (van Niessen) 551.
— Neuer Beitrag zur S.-Ätiologie (van Niessen) 568.
— Art und Wirkung des S.-Giftes (D'Aulney) 566.
— Neues zuverlässiges Verfahren zur Isolierung des S.-Kontagiums 573.
— als Heilmittel (Mac Mahon) 359.
— Eingangsstellen des venerischen Kontagiums in der Haut (Proksch) 567.
— Extragenitaler Schanker (Bloom) 566.
— Primäraffekt an den oberen Luftwegen (Ebner) 353.
— Schanker des Oesophagus durch Tabak übertragen (Bailey) 566.
— Excision des Primäraffekts (Munn) 566; (D'Aulney) 566.
— Sklerosenreste und Recidive (Ehrmann) 566.
— Reinfectio (Speranski) 553.
— und Spyrocolon in Griechenland (Rox) 360.
— Rolle der Melanoblasten bei der (Ehrmann) 81.
— Persistenz der histologischen Gewebsveränderungen bei (Hjelmman) 348.
— Tingible Kugeln in syphilitischen Produkten (Winkler) 556.
— Aus der Praxis des Kampfes gegen die (Stroehmberg) 358.
— Anzeigepflicht des Arztes und § 300 des R.-S.-G. (Auerbach) 572.
— Die verkannten Formen der (Fournier) 573.
— Bemerkenswerte Krankengeschichte eines Syphilitischen (Williams) 572.
Syphilis, Atypische (S. gravis), geheilt durch die spezifische Methode von Aachen und gleichzeitige chirurgische Behandlung (Brandis und Thyssen) 362.
— Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der (Taylor) 361.
— des Kindes, Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der (Hyde) 360.
— gummatosa praecox (Johnston) 359.
— Kryptogene (Müller) 144.
— Sitz der latenten (Caspary) 80. 176.
— maligna, Zur Ätiologie der (Neumann) 358.
— — praecox (Emery) 142.
— Erythema exsudativum multiforme bei (Glück) 467.
— Augenkrankheiten als Resultat der (Ramsay) 577.
— Frühzeitige cerebrale (Montgomery) 577.
— des Humerus, Häufigkeit der (Proksch) 576.
— des Magens (Dieulafoy) 575.
— Modifikation der operativen Behandlung syphilitischer Mastdarmstrikturen (Sokoloff) 575.
— der Nase (Thorner) 368; (Lieven) 565.
— — des Rachens und Kehlkopfes (Vaughan) 369.
— Manifestationen in den oberen Luftwegen mit Bezug auf eine Sklerose des Septum naris (Kenefick) 574.
— Neurosen infolge von (Dornblüth) 370.
— Nierenentzündung im Frühstadium der (Johnston) 359.
— Nierenveränderungen bei (Justus) 461.
— Paronychie und Onychie bei (Johnston) 574.
— Perichondritis syphilitica (Lieven) 576.
— Tertiäre, in ätiologischer Beziehung zur Therapie in der Frühperiode (Neisser) 642.
— Ist die tertiäre S. direkt oder nur auf dem Wege der Vererbung übertragbar? (Buret) 411.
— Schwere tertiäre (Havas) 33.
— Gumma der Glandula pituitaria (Hunter) 577.
— Zur Kenntnis der meningealen und Gehirngummata sowie der Rückenmarkssyphilis (Homén) 559.
— Lagophthalmus im Schlafe bei vollständigem Lidschlusse im wachen Zustande als Teilbefund multipler Hirnnervenlähmung infolge luetischer Basalmeningitis (Hanke) 578.
— des Rückenmarks (Spiller) 371.
— Zeitpunkt des Einsetzens syphilitischer Erkrankungen des Nervensystems und die drei Stadien der Syphilis (Ogilvie) 576.

Syphilis vegetans (Johnston) 574.
— gummosa der Zunge (Peremy) 179.
— der Zungentonsille (Seifert) 255.
— bei verheirateten Frauen (Shaw-Mackenzie) 568.
— und Schwangerschaft (Murray) 569.
— der Vagina, Tertiäre (Viannay) 642.
— oder Lupus erythematodes (Kantorowicz) 973.
— Glykosurie und Diabetes mellitus in Beziehung zur (Manchot) 221. 295.
— und Wundheilung (Orbäk) 572.
— Die neuesten Heilmethoden der (Scarenzio) 36.
— Therapie von heute (Guiteras) 649.
— Zur Therapie der (von Zeissl) 648.
— Chirurgische Behandlung gewisser Fälle von tertiärer (Cheyne) 642.
— Wann soll man mit der Quecksilberbehandlung beginnen, wie lange sie fortsetzen? (Schwimmer) 650; (Neumann) 375.
— Behandlung der Schmerzen im Verlaufe der (Güntz) 573.
— Quecksilber oder Naturheilverfahren bei der Behandlung der (Goldfarb) 651.
— Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung der (Klotz) 185.
— Neue Vorschläge zur Jodtherapie der (Zuelzer) 325.
Syphilisbehandlung mit variabel dosierten intramuskulären Hautinjektionen (Hildes) 467.
— mit intravenösen Quecksilberinjektionen (Byles) 374.
— Technik der intravenösen Quecksilberinjektionen bei der (Byles) 374.
— mit subcutanen Injektionen von Quecksilber-Benzoat (Gaucher) 373.
— Haemolum hydrargyro-jodatum als antisyphilitisches Mittel (Jordan) 652.
— mit Hydrargyrum colloidale (Werther) 624.
— Kalomeleinreibungen bei (Rille) 251. 401.
— mit Kalomelinjektionen am Charité-Spital zu Marseille (Michel u. Roche) 652.
— Was wissen wir von einer Serumtherapie der S. und was haben wir von ihr zu erhoffen? (Neisser) 326.
— an den Schwefelthermen (Partos) 652.
— Thermomineralbehandlung in der (Ravogli) 151. 368.
Syphilis hereditaria in Findelhäusern (Szalardi) 648.
— — Studien über die (Hochsinger) 563.
Syphilis hereditaria, Fall scheinbarer Übertragung auf die dritte Generation (Coutts) 359.
— — Collessches Gesetz und Choc en retour bei (Hochsinger) 569.
— — Ist Colles der Urheber des nach ihm benannten Gesetzes? (Ogilvie) 572.
— — Ausnahmen vom Collesschen Gesetz (Ogilvie) 571.
— — oder frühzeitig erworbene (Hallopeau und Leredde) 344.
— — Chronischer Hydrocephalus bei (Heller) 373.
— — und Keratomalacie (Peterson) 646.
— — und tuberkulöse Gelenkerkrankungen (Neisser) 646.
— — mit Läsionen im Gehirn (Rocca) 86.
— — und Littlesche Krankheit (De Amicis) 75.
— — Frühzeitige Kehlkopfsyphilis mit (Arslan) 647.
— — Progressive Paralyse bei einem Erwachsenen als einziges Symptom einer (Etienne) 190.
Syphilisähnliche Psoriasis guttata (Endlitz) 141.
Syphilisbacillen, Die van Niessenschen (Campana) 86.
Syphilis- und Hautkranke in Serajewo, Mitteilungen aus der Abteilung für (Glück) 466.
Syphilitiker, Lange Dauer der antitoxischen Kraft der Lymphdrüsen bei einem (Haan) 411.
— Ulcerationen an den Fingern (Syphilide oder Tuberkulide) bei einem alten (Fournier) 346.
Syphilitische Infektion infolge Tättowierens (Thomas) 639.
— Alopecia (Lassar) 402.
— Conjunctivitis acuta (Róna) 633.
— Epilepsia Jacksonii (Mesnard) 371.
— hochgradig pigmentiertes Exanthem (Sternthal) 400.
— Gelenkerkrankungen (Pielicke) 366.
— Glossitis (Oulmann) 367.
— Larynxerkrankung (Knight) 575.
— Lebererkrankung (Cole) 575.
— Lebercirrhose bei Kindern, Kongenitale (Clarke) 648.
— Leukoplasien, Sekundär- (Barbe) 142.
— Erkrankungen des Mediastinum und der Lungen (Dinkler) 369.
— Meningitis und Tabes (Pick) 249.
— Muskelentzündung (Johnston) 359.
— Parese (Johnston) 574.
— Retinitiden (Rolles) 577.
— Spinalparalyse, Zwei klinisch und anatomisch untersuchte Fälle (Nonne) 372.

Syphilitische Ulcerationen und Ulcus molle, Rasche Behandlungsart derselben (Ohmann-Dumesnil) 649.
Syphilom der Lippen und Zunge, Tertiäres (Thévenin) 409.
Syringo-Cystadenom (Blaschko) 175.
Syringomyelie, Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose der (Pospelow) 250.
— Beziehungen der Nervenlepra zur (Petrini) 135; (Kalindero) 132.
— Zur Differentialdiagnose zwischen Lepra und (Laehr) 135.
— Morvansche Krankheit in Beziehung zur Lepra (Zambaco) 73.

Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten (Behrens) 192.
Tabes mit Meningitis syphilitica nebst Bemerkungen über die Genese der sog. „neugebildeten" Elastica bei Endarteriitis obliterans (Pick) 249.
Tätowierungen, Entfernen von (Hansen) 602.
Tannoform (Eberson) 43.
Technische Verbesserungen (Lohnstein) 405.
Terralin, eine neue Salbengrundlage (Eickhoff) 263.
Tertiäres Geschwür, Sarkom der Tonsillen vortäuschend (Delavan) 365.
— Zungen-Lippen-Syphilom (Thévenin) 409.
Testikel, bei der Geburt eingeschnürt; Kastration, Heilung (Taylor) 197.
Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten (Kafka) 466.
Thiosinamin (Tousey) 44.
Thrombophlebitis der Haut, Tuberkulöse, in einem Falle von skrophulösen Lymphomen des Halses (Philippson) 38.
Tinea tonsurans und T. circinata, Behandlung mit Kochsalz (Murphy) 582.
Transplantation von weifser Haut auf einen Defekt in schwarzer Haut und umgekehrt am Ohr des Meerschweinchens (Loeb) 428.
Trichomycose nodulaire 541.
Trichomycosis palmellina 537.
Trichophytie (Ringworm) im Lichte der neuesten Forschung (Morris) 153.
— capitis (Freeman) 582.
— Familiäre Ansteckung mit (Lion) 172.
— Einige bisher noch nicht beschriebene Formen von (Stern) 318.
— Onychomykosis infolge von (Censi) 37.
— und Lupus, Monochlorphenol bei (Barbe) 346.
Trophische Dermatosen im Gefolge von Frakturen (Zeisler) 462.
Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose oder Syringomyelie (Pospelow) 250.
Tuberkelbacillus, Mikroorganismen, welche sich morphologisch und tinktoriell verhalten wie der (Moeller) 419.
Tuberkulide, Akneartige und nekrotische (Balzer und Leroy) 140.
Tuberkulin in der Dermatologie (Ravogli) 263; (Bussenius und Cossmann) 156.
— bei Lupus und Scrophuloderma (Adrian) 350.
— seine Wirkung auf lupöses Gewebe (Waelsch) 323.
Tuberkulose der Genitalorgane im Kindesalter (Urbanowitsch) 87.
— des Hüftgelenks, der Lungen, Hoden, Leistendrüsen u. s. w. (King) 533.
— Senile, und subcutane tuberkulöse Eiterung (Marsh) 533.
— des Urogenitaltrakts; Autopsie (King) 204.
— der Vulva mit elephantiastischen Veränderungen der Clitoris, Primäre (Karajan) 271.
— der Kindheit, Die cutanen (Johnston) 532.
Tuberculosis cutis framboesiformis (Glück) 27.
— miliaris s. Tuberculosis propria cutis et mucosae (Kaposi) 184.
Tuberkulöse Follikulitiden, Polymorphes Erythem bei einem Patienten mit (Danlos) 140.
— Gelenkerkrankungen und Syphilis hereditaria (Neisser) 646.
— rasch verlaufende Lymphangitis (Balzer und Leroy) 343.
— Prozesse behandelt mit Pyrogallol (Veiel) 322.
— Syphilide auf Impfnarben (Fournier) 345.
Tumoren, Sporozoen in (Sawtschenko) 420.
Tunica vaginalis des Hodens, Die freien Körperchen in der (Kandaratzky) 197.
— — Operation der Hydrocele durch Umstülpung der (Delore) 197.

Ulcera eccematosa 486.
Ulcerationen und Ulcus molle, Rasche Behandlung der syphilitischen (Ohmann-Dumesnil) 649.
Ulcus molle und syphilitische Ulcerationen, Rasche Behandlung derselben (Ohmann-Dumesnil) 649.
— — des Präputiums, Perforierendes (Coignet und Cade) 88.

Ulcus molle der Vulva bei einer Gravida, Inguinale Mikropolyadenopathie nach einem (Emery) 346.
— — -Behandlung mit Hitzebestrahlung [Audry] (Krösing) 186.
— — beim Tiere (Sapuppo) 38.
Ulcus rodens (Orlow) 553.
Ulerythema centrifugum, Fall von (Róna) 555.
— — discoides et disseminatum (Sternthal) 400.
— — oder Lues (Kantorowicz) 173.
— — behandelt mit Solutio arsenicosa Fowleri (Schein) 34.
— — und dessen Zugängigkeit für die Therapie (White) 333.
— ophryogenes (Sternthal) 400.
Urämieforschung (Gottheiner) 405.
Urattrübung bei der Hellerschen Eiweifsprobe (Husche) 207.
Ureter, Cystenartige Erweiterung des Blasenendes der (Englisch) 256.
— des Mannes, Verwendung des Brennerschen Cystoskops zur Sondierung der (Zuckerkandl) 269.
— Überzähliger; Behandlung, Heilung, (Albarran) 270.
Ureteren, Cystoskopie und Katheterisation der (Boisseau du Rocher) 150.
Ureterenkatheterismus (Fedoroff) 204.
— Diagnostischer Wert des U. für die Nierenchirurgie (Holländer); (Casper) 270.
Ureteritis membranacea (Popper) 33.
Ureterstein, 4 cm lang und 5 cm dick (Viertel) 502.
Urethra, Neue Photogramme des Innern der männlichen (Kollmann) 91.
— anterior, Neue Kanüle zur Ausspülung der (De Mendoza) 146.
— des Mannes, Divertikelbildung in der Pars anterior der (Keersmaecker) 190.
— — Endoskopie der Strikturen der (Federer) 82.
— — Über einige Hindernisse beim Katheterismus der (Kollmann) 89.
— — Sechszöllige Damenhutnadel in der (Bunce) 93.
— Bemerkungen über paradigmatische Untersuchung der normalen und strikturierten U. nebst Einzelheiten in der Behandlung der „dehnbaren" Striktur nach den von Guyon geübten Methoden (Warden) 91.
— Lymphadenitiden durch Infektion von der U. aus (Blasi) 86.
— Prostatitis acuta blennorrhoica und Querleiste der (Goldberg) 50
— und Blase, Experimentelle Beiträge zur Wirkung des Argentum nitricum in (Casper) 629.
— Blasenverschlufs und Trichterbildung in der hinteren (v. Zeissl) 97.
Urethra, Injektionen in die (Feleki) 89; (Vajda) 89.
— — Erwiderung auf die Bemerkungen von Dr. Feleki (Vajda) 89.
— Das primäre Carcinom der (Hottinger) 93.
— beim Weibe, Prolaps der (Scholtz) 270.
Urethralklemme für Verweilinjektionen, Neue (Epstein) 170.
Urethralschleimhaut eines sechsmonatlichen Foetus (Kuznitzky) 27.
Urethritis prostatica 251.
— — und Prostatitis, Bakteriologische Untersuchungen bei chronischer (Cohn) 34.
— totalis, Symptome der (Róna) 251.
— beim Weibe, Zur Behandlung der (Kolischer) 376.
Urethrorrhoea ex libidine und Prostatorrhoea simplex (Sturgis) 460.
Urobilinurie (Vannini) 268.
— Excessive, im Anschlufs an die Verordnung von Trional (Rolleston) 268.
Urogenitalaffektionen, Ärztliche Ratschläge für Patienten mit (Valentine) 151.
Urogenitaltraktus, Tuberkulose des (King) 204.
Uroprotsäure, ein neuer Bestandteil des Harns (Cloetta) 268.
Urticaria 189. 265.
— albuminurica 189.
— factitia [sog. Dermographismus] (Stevenson) 472.
— nach Einläufen (Hill) 473; (Moorhouse) 473.
— des Pharynx mit Glottisödem (Taylor) 473.
— chronica (Jackson) 473.
— — infantum (Norrie) 474.
— pigmentosa mit Bildung sehr kleiner Narben (Hallopeau) 142.
— früher als mutmafsliche Lepra veröffentlicht (Hallopeau) 344.
— mit recurrierender Haematemesis (Chittenden) 147.
Urticariaeruptionen, Ödematöse Kongestion nach unaufhörlich recidivierenden (Hallopeau) 142.

Vaccinatio generalisata (Wetterer) 404.
Vaccination und Revaccination (Lowndres) 524.
— Zufälle, welche die V. begleiten (Braidwood) 523.
Vaccineeruption an der Vulva (Nölke) 524.
Vaginalblennorrhoe, Zur Existenz und Therapie der chronischen (Bodenstein) 273.

Variola: Amöboide Körper in dem Blute von vaccinierten Affen und Rindern und in dem Blute Variolakranker (Reed) 526.
— Behandlung, palliativ und prophylaktisch (Moir) 527.
— Beitrag zur Lösung des Impfproblems (Bond) 522.
— Bemerkung über einen Fall von (Mackenzie) 526.
— Bemerkungen über Revaccination (Carter) 524.
— Bericht der Impfkommission 1896 [Irland] (Boyel) 523.
— Bericht über die Epidemie in Warrington (Savill) 525; in Gloucester (Coupland) 525, in Marseille (Hervieux) 525.
— Diagnose und Prognose der (O'Carroll) 526.
— Ein Fall von (Moore) 526.
— Ein neues Impfschild (Siebert) 524.
— Einige Pockenstatistiken (Coupland) 525.
— Ergebnisse der Schutzpocken-Impfung 1896 in Bayern (Stumpf) 522.
— Finsens Behandlung mittelst Ausschliefsung der chemischen Strahlen des Lichts (Abel) 526.
— Mafsnahmen in Ermangelung eines Gesetzes über die obligatorische Impfung (Hervieux) 519.
— Notwendigkeit der Feststellung eines einheitlichen Typus der Vaccinekrankheit (Bagienski) 520.
— Seltener Fall von Vaccineübertragung (Lamb) 523.
— Temperaturkurven von (Drury) 526.
— Über die Dialektik der antivaccinatorischen Schule (Körösi) 521.
— Über die durch das Impfen bedingte Immunität in Bezug auf die Serumbehandlung bei (Thomson und Marsh) 520.
— und die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten (Ménard) 525.
Vasogene (Schürmayer) 44.
— als Vehikel für lokale Hautbehandlung (Ullmann) 264.
Vasogenpräparate, Therapeutischer Wert der (Fasano) 639.
Venerische Affektionen der Analgegend bei Prostituierten (Bandler) 76.
— — Xeroformtherapie bei (Metall) 45.
— — Itroltherapie bei (Sprecher) 641.
— — Nosophen und Antinosin in der Behandlung von Harnröhren- und (Dundore) 640.
— — der Marine und ihre Verhütung (Crandall) 432.
— Katarrhe bei Frauenzimmern (Bergh) 392.
Venerische Krankheiten in geschlossenen Kreisen und ihre Prophylaxe (Friedrich und Török) 421.
Verbrennungen, Pathogenese des Todes bei, und die Injektionen von künstlichem Serum (Azzarello) 257.
— Pikrinsäure als erster Verband bei (Miles) 478.
— Wirkung der Kochsalzinjektionen bei ausgedehnten (Tommasoli) 478.
Verrucae planae juveniles faciei et manuum (Meurisse) 412.
Vitiligo mit peripherer Neuritis bei einem durch Petroldämpfe vergifteten Individuum, Akute (Emery) 346.

Warzen, Übertragbarkeit der (Lanz) 594.
Weicher Schanker und venerische Bubonen, Pathogenese derselben (Buschke) 589.
Wintergreen-Öl, Behandlung der Metritis, speziell der blennorrhoischen Endometritis des Uterushalses durch lokale Anwendung von (Jouin) 272.
Wundheilung in den amerikanischen Prairien (Ashmead) 431.
Wundvorlage, Eine sterile wasserdichte anzuklebende (Kuhn) 399.

Xanthoma, Monochlor-Essigsäure bei Behandlung des (McGuire) 463.
— glycosuricum (Schwenter-Trachsler) 209.
Xeroderma simplex (Glück) 27.
Xeroform, seine externe und interne Anwendung in der Dermatologie (Ehrmann) 265.
— bei Hautkrankheiten der Kinder (Berend) 640.
Xeroformtherapie venerischer Erkrankungen (Metall) 45. 265.

Zelleinschlüsse der Taubenpocke und des Molluscum contagiosum (Benda) 399.
Zoogloea capillorum 543.
Zoster (Blaschko) 77. 173.
— -Epidemie in Berlin, Sammelforschung betreffs der (Baschko) 175.
— des Gesichts mit Paralyse (Murphy) 484.
— Häufigkeit des Vorkommens von (Cantrell) 483.
— mit generalisierter Eruption (Haslund) 483.
— mit gleichzeitiger Facialislähmung (Grassmann) 484.

Zoster, Gangrän und Tod (Deas) 511.
— Halbseitiger, bei einem neugeborenen Kinde mit nachfolgender Eklampsie (Gaehde) 511.
— Ungewöhnlicher Fall (Mackay) 511.
— nach Arsenik in einem Falle von Epilepsie (Clark) 511.
Zosterförmige Syphilide (Fournier) 345.
Zuckergehalt des normalen Harns, kann derselbe durch einseitige Ernährungsweise etc. gesteigert werden? (Breul) 268.
Zufälle, welche die Vaccination begleiten (Braidwood) 523.
Zur Züchtung von Tierlymphe (Stumpf) 524.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abel, Sophus, Über Dr. Finsens Behandlung von Variola mittelst Ausschliefsung der chemischen Strahlen des Lichts 526.
— 3. 375.
Abeles, Gustav, Die Hyperplasie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 431.
Abraham, Ph. S. und Herman, Einige Beobachtungen mit einem neuen Serum bei der Leprabehandlung 134.
— Die Lepra im britischen Reiche 530.
— Bemerkungen über cutane Myiasis, veranlafst durch Östridenlarven 601.
— 211.
Abrahams, B., Affektionen des Genitalapparates als Symptome von Nierenkonkrementen 87.
Addison 214.
Adrian, C., Über die Resultate mit dem Kochschen Tuberkulin R bei Lupus und Skrophuloderma 350.
Adriani 27.
Aemmer 628.
Aeschines 610.
Ajutola, G. D., Der Mundspüler 603.
Albanarius 360.
Albarran, Überzähliger Ureter. Behandlung. Heilung 270.
— 131. 420. 505.
— und Hallé, Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der Prostata 505.
Albers-Schönberg, Beitrag zur therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen in der Behandlung des Lupus 536.
Aldrich, Ein Fall von Peliosis rheumatica 510.
Alexander, F., Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus 87.
Alexander, S., Vier Fälle von Blasenstein, welche mittelst Litholapaxie unter Lokalanästhesie operiert wurden 195.
Alexander 502.
Alibert 153. 278. 345.
Alpár, A., Ein Fall von Sklerodermia universalis 179.
— Gumma oder Carcinom des weichen Gaumens? 554.
— Ein Fall von Exfoliatio epidermidis neonatorum 554.
— Ein Fall von hochgradiger Ichthyosis serpentina 633.
— Referate 34. 48. 50. 94. 98. 103. 181. 265. 358. 365. 375. 423. 424. 477. 483. 521. 522. 634. 649. 651.
— 634.
Alpinus Prosper 614.
Althaus 242.
Alvarez 529.
De Amicis, Tommaso, Die Littlesche Krankheit (Congenital spastic rigidity of limbs) und die hereditäre Syphilis 75.
Anel 395.
Annequin 600.
Apollonius Nys 607.
Apostoli 478.
Aran 73.
Archigenes 611. 615.
Aretaeus 610. 611. 615. 618.
Aristidi, Beitrag zum Bacillennachweis bei den pemphigoiden Lepraaffektionen 134.
Aristomenes 613.
Aristoteles 610. 611. 613.
Arnaud 295. 298.
Arning, Eduard, Lepra u. Immigration 72.
— Ein Fall von Erythema perstans pseudoleprosum 75.
— 25. 27. 28. 501. 529.
Arnold, W. J., Über eine Rubeolenepidemie 519.
Arslan, Y., Über frühzeitige Kehlkopfsyphilis bei Kindern (mit hereditärer Syphilis) 647.

Ascher 347.
Aschkanazy, M., Bemerkungen zur Marchischen Färbung und Markscheidenfärbung von Weigert 418.
— Eine eigentümliche Angioneurose einer Gesichtsseite 177.
Ashmead, A. S., Abstammung und Variation des Leprabacillus 70.
— Die Wundheilung in den amerikanischen Prairien 431.
— Melancholie der Leprösen 463.
— Lepragesetz für die Auswanderer nach Amerika 529.
— Nichtisolierung der Leprösen in New York 529.
— Lepra in Brasilien 530.
— Anaesthetische Lepra ist kontagiös 531.
— 74. 608.
Assmuth, J., Über Ausspülungen der Harnblase; ihre Anwendung in der Praxis, ihren Mifsbrauch und ihre Kontraindikationen 101.
Atherstone, Walter H. und Sinclair-Black, Offizieller Bericht an die Regierung der Kapkolonie über die Serumbehandlung der Lepra 135.
Aubert, Über die Natur und Kontagiosität der Alopecia areata 600.
Audry, Ch., Nachtrag zu einem Fall von sogenannter Melanodermia arsenicalis der Haut und der Schleimhäute 190.
— Disseminierte Gangrän der Haut nach längerer Anwendung von Jodkalium 407.
— Ein Fall von Lio-Myom der Haut 410.
— Impetigo herpetiformis der Eichel 410.
— Über Alopecia congenitalis 411.
— 186.
Auerbach, Siegmund, Darf der Arzt einen Fall von Syphilis bei Gefahr der Verbreitung dieser Krankheit der Behörde anzeigen, ohne sich nach § 300 des Reichsstrafgesetzbuches strafbar zu machen? 572.
Aujeszky, Eine einfache Sporenfärbungsmethode 419.
D'Aulney, R., Über die Art und Wirkung des Syphilisgiftes und die Excision des Primäraffektes 566.
Aurelianus Caelius 616.
Auspitz 577. 585.
Azzarello, Die Pathogenese des Todes bei Verbrennungen und die Injektionen von künstlichem Blutserum 257.

Baas, H., 617.
Baas, J., 618.
Babes, Victor, Über die Histologie der Lepra (mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems) 71.
— Untersuchungen über den Leprabacillus und über die Histologie der Lepra 192.
Babes, Victor, Über den Einfluſs der verschiedenen Infektionen auf die Nervenzellen des Rückenmarks 529.
— 541.
— und Sion, Ein Fall von Endocarditis und Pyoseptikämie infolge von blennorrhoischer Infektion 48.
Baccelli 51. 205.
Baelz, E., Zur Lehre von der Lepra und ihrer Behandlung 527.
Baer 27. 76.
v. Baerensprung 78. 607. 615.
Baessler, A., 74.
Baginski, Über die Notwendigkeit der Feststellung eines einheitlichen Typus der Vaccinekrankheit 520.
Baglivi 517.
Bailey, Schanker des Oesophagus durch Tabak übertragen 566.
Baker, R., Eine fortlaufende Reihe von 200 Litholapaxien 195.
— Litholapaxie im Civilhospital zu Hyderabad (Indien) 195.
Balardini 638.
Baltzer 255.
Balzer 541.
— und Leroy, Keloid mit progressivem Verlaufe 139.
— — Akneartige und nekrotische Tuberkulide 140.
— — Rasch verlaufende tuberkulöse Lymphangitis 343.
— und Mielsaux, Hautgangrän bei einer Hysterischen 481.
Bandelier, Praktische Erfahrungen über Ekajodoform 260.
Bandler, Victor, Über die venerischen Affektionen der Analgegend bei Prostituierten 76.
Bang, Ivar, Eine neue Methode zum Nachweis der Albumosen im Harn 206.
*Bang, Sophus, Die Finsensche Lichttherapie 1.
Bangs, L. B., Einige klinische Beobachtungen über Hodenerkrankungen 197.
Barbe, Über den Gebrauch des Monochlorphenols beim Lupus und Herpes tonsurans 346.
— Sekundär-syphilitische Leukoplasien 142.
Bardeleben, Karl von, Handbuch der Anatomie des Menschen 465.
Barillon, Louis, Behandlung von Leprösen mit Serum nach Carrasquillascher Methode 72.
Barlow, R., Kasuistisches zur Cystoskopie 98.
— Über Bakteriurie 266.
— Zur Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Protargol nebst einer Besprechung der Irrigationsbehandlung beim frischen Tripper 378.
— 24. 26. 279. 508. 509.
Barlow, Thomas 215.

Baron, Zur Frage der Möllerschen (Barlowschen) Krankheit 508.
Bartels, M. 612.
Barthélemy 139. 142. 255. 478. 541.
Bartholini 76. 273. 352. 394.
v. Basch 325. 554.
Basch, Ein Fall von Lichen ruber planus 555.
Basset 38.
Bassin, C. 224.
Bastian, A. 612. 613. 620.
Bataille 180.
Bateman 153. 154. 607. 615.
Baudouin, Exfoliative Glossitis beim Kinde 142.
Baumann 208. 423.
Baumès 569. 572.
Baumgarten 163. 168. 556. 580.
Bayet 74.
Bazin 277. 278. 405.
Beadles, Cecil 577.
Beck, Carl, Eine neue Operationsmethode der Hypospadie der Eichel 87.
— 178. 268.
*Beck, Cornelius, Dermatotherapeutische Erfahrfahrungen mit „Unguentum Caseini cum Liantral“ 453.
Beetz 468.
Behrend, G., Über die unter dem Einfluſs der Röntgenstrahlen entstehende Hautveränderung 479.
— 24. 26. 27. 29. 47. 115. 125. 275. 277. 404. 541. 542. 543. 544. 545. 572.
Behrens, Wilhelm, Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten 192.
Behring 29.
Beigel 541.
Belcher 432.
Belfanti 366.
Below, Die Melanurie, ein Kunstprodukt der Chininsalze 205.
— Eine Dermatitis durch Röntgenstrahlen 479.
Benario, Über Protargol, ein neues Antiblennorrhoicum und Antisepticum 42.
— 26.
Benckert 3.
Benda, C., Die Zelleinschlüsse der Taubenpocke und des Molluscum contagiosum 399.
Bender, Max, Über neuere Antiblennorrhoica (insbesondere Argonin und Protargol) 77.
— Ein weiterer Fall von Alopecia areata nach Operation am Halse 561.
Bendersky, Zur Frage der Quecksilbervergiftung 262.
Benzler, Sterilität und Tripper 347.
Berdall 180.
Berend, M., Xeroform bei Hautkrankheiten der Kinder 640.
Berendes, J. 616.
Berg, Georg, Zur Ätiologie der Incontinentia urinae 95.
*Bergh, R., Bemerkungen über venerische Katarrhe bei Frauenzimmern 392.
— 394. 602.
v. Bergmann, A., Giebt es bei der Lepra Verschleppung durch Effekten (indirekte Kontagion)? 72.
Berkeley 255.
Berliner, Carl, Referate 43. 47. 86. 89. 99. 102. 103. 145. 148. 189. 197. 202. 203. 205. 206. 256. 268. 328. 354. 364. 365. 374. 377. 404. 406. 431. 459. 465. 468. 470. 471. 472. 473. 480. 483. 484. 504. 507. 508. 512. 514. 516. 518. 519. 525. 530. 532. 536. 560. 577. 578. 581. 582. 584. 588. 592. 594. 598. 639. 642. 656.
Bernard, Claude 222. 320.
Bernard, Léon und Brocq, Zum Studium des Lymphangioma circumscriptum der Haut und der Schleimhäute 35.
Bernardberg, Periurethrale Abscesse im Verlaufe des Trippers 272.
Beron 74.
Bert, Über einen Fall von Hautgangrän nach Auflegen eines Eisbeutels 475.
Berthen, Lyder, Untersuchungen über die Häufigkeit der Augenleiden in den beiden Formen der Lepra 73.
Besnier, Ernst, Ätiologische Bedeutung der Heredität und der Übertragbarkeit 71.
— Ätiologische Bedeutung der Vererbbarkeit und der Übertragbarkeit der Lepra 132.
— 141. 142. 148. 163. 178. 209. 212. 214. 215. 256. 278. 346. 385. 579. 580.
Bieck, Extragenitale Primäraffekte 363.
Bier 201.
Billroth 158.
Binaghi, Über Desinfektion und die desinfizierende Wirkung der menschlichen Haut 480.
Binz, C., Zur Behandlung von Frostbeulen 506.
Björnsson, G., Auszug aus einem Rapport an den Landeshauptmann von Island, betreffend die Anzahl der Aussätzigen am Ausgange des Jahres 1896 S. 530.
Birch-Hirschfeld 239.
Blaschko, A., Beiträge zur Topographie der äuſseren Hautdecke: 1. Zur Pathologie und Topographie des Herpes zoster 77.
— Herpes zoster 173.
— Sammelforschung der letzten Herpes zoster-Epidemie in Berlin 175.
— Syringo-Cystadenom 175.
— 24. 25. 26. 27. 30. 75. 136. 137. 139. 466. 501. 552.
Blaschko, Hermann, Über Röteln und deren Behandlung 519.

Blasi, Lymphadenitiden durch Infektion von der Harnröhre aus 86.
*Bloch, Iwan, Aufgaben und Ziele einer Geschichte der Hautkrankheiten im Altertum 605.
— Referate 99. 465. 479. 501. 510. 526. 529. 575. 590. 594. 603.
— 29. 31.
— und Kaufmann, Über Protargol 261.
Bloch, R., Zur Kenntnis der Salophenwirkung 43.
Blokusewski 26.
Bloom, Vier Fälle von extragenitalem Schanker 566.
Blum 325.
Boas 562.
Boate 432.
Bock 555. 562.
Bockhart 30. 375.
Bodel 10.
Bodenstein, Oscar, Zur Existenz und Therapie der chronischen Vaginalblennorrhoe 273.
Boeck, C. 324. 335. 339. 340. 344. 345. 409.
Boediker 208.
Börner, P., Der Reichsmedizinal-Kalender für das Jahr 1899 S. 468.
Böttger 229.
Bogdan, Georges, Die Lepra 408.
Bogdanoff 234.
Bogdanoff-Beresowsky, M., Ein Fall von Indigonurie 266.
Bond, Francis, Die Vaccinationsfrage, ein Beitrag zu ihrer Lösung 522.
De Bonis und Pavone, Scleroderma neonatorum 599.
Bonn, Edmund, Die Hydrotherapie bei den Erkrankungen der Haut 78.
Bordoni 531.
*Bosellini, P. L. und Pini, Über das Eccema rubrum universale 277.
— L., Beitrag zur Lehre von den multiplen, follikulären Hautcysten 349.
Botkin 177.
Bottini 199. 200. 201. 355. 502.
Bouchard 234. 237.
Bovero 251.
Bowen, John T., Kongenitale bullöse Dermatitis mit Hautcysten 460.
Bowlby, A. A., Ungewöhnliche gummöse Erkrankungen der Niere 365.
Boyel, Alfred E., Bericht der Impfkommission 1896 S. 523.
Boyer 189.
Braidwood, Zufälle, welche die Vaccination begleiten 523.
Brandis und Thissen, Ein Fall von atypischer Syphilis (Syphilis gravis), geheilt durch die spezifische Methode von Aachen und gleichzeitige chirurgische Behandlung 362.
Brandt, Ulcerierender Naevus der Lippe bei einem Kinde, der zu einer Hasenscharte führte 602.
— 475.
Braults 602.
Breda, Achille, Beobachtungen und Betrachtungen über Lichen ruber 79.
— 278.
Brennecke 466.
Brenner 269.
Breul, Ludolf, Kann der Zuckergehalt des normalen Harnes durch einseitige Ernährungsweise und andere noch in den Bereich des Physiologischen fallende Bedingungen zu höheren Graden gesteigert werden? 268.
Bridge 234.
Bridges, Pemphigus 587.
Brieger 65.
Brinch, Th., Ein tödlicher Fall von Purpura bei einem Säugling 509.
Briquet und Chérigié, Neurofibromatosis generalisata acquisita 409.
Bristowe 214.
Brock, Gustav, Über das Resorptionsvermögen der normalen Haut 459.
Brocq, L., Dermatitis herpetiformis circumscripta mit Epidermiscysten 344.
— Über Pityriasis rubra 581.
— 32. 139. 278. 283. 320. 343. 384. 385. 410.
— und Bernard, Zum Studium des Lymphangioma circumscriptum der Haut und der Schleimhäute 35.
Broese 276.
Bronn 366.
Brooke 175. 244. 245.
Brown, Lennox 369.
Brown, W. C., Wanderndes Ödem 471.
Brown-Séquard 177.
Brownlee und Dittmar, Die Behandlung unsicherer Fälle, die als Scharlachfieber ins Krankenhaus gesendet werden 515.
Bruck, F., Aufsergewöhnlich lange Inkubation eines Trippers 46.
— Zwei seltenere Formen von Arzneiexanthem 469.
— Hermaphroditen 653.
— 415.
Bruder 27.
Brück, Über Myositis scarlatinosa 513.
Bruni, Carmelo, Über die rechtzeitige Differentialdiagnose durch das Cystoskop bei Blasen- und Nierenerkrankungen 146.
Bruns 200.
Büttner 120.
Bulkley, D. L. 189. 279.
Bull 543.
Bumm 122. 123. 182. 276. 375.
Bunce, P. D., Eine sechszöllige Damenhutnadel in der Harnröhre eines Mannes 93.
Burdach 249.

Burdel 311.
Bureau 140.
Buret, Ist die tertiäre Syphilis direkt oder nur auf dem Wege der Vererbung übertragbar 411.
— 608.
Burow 455. 456.
Burwinkel, Einimpfung von Schanker durch den Höllensteinstift 362.
Bury, Morbus Addisonii bei einem Kinde 597.
zum Busch, Über die therapeutische Verwendung der Milchsomatose 640.
Buschke, Über menschliche und tierische Sprofspilzmykosen (Blastomykosis) 24.
— Über die Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen 589.
— 276.
Busse 591.
Bussenius und Cossmann, Das Tuberkulin TR. Seine Wirkung und seine Stellung in der Therapie der inneren und äufseren Tuberkulose 156.
Buzzi 177.
Byles, J. B., Die Technik der intravenösen Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis 374.
— Die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen (Instrumentarium) 374.

Cade und Coignet, Perforierender Schanker des Präputiums 88.
Cahnheim, O., Ehlers und Grofsmann, Lepra in Island 135.
— 135.
Caird, F. M., Beitrag zur Chirurgie der Blase 98.
Callari, Über die Thermotherapie der Blennorrhoe 36.
Calmette 650.
Campana, Über die van Niessenschen Syphilisbacillen 86.
— Leprachronik der Klinik 356.
— Das Tuberkulin R. beim Lupus und einigen anderen tuberkulösen Läsionen 534.
Canabal 74.
Cantani 221.
Cantrell, Über die Häufigkeit des Vorkommens von Gürtelrose 483.
Caporali, Beitrag zum Studium des Morbus Addisonii 597.
Carnot 505.
Carpentier 50.
Carrasquilla 41. 72. 74. 403.
de la Carrière de Monfet, Garron, Untersuchungen über den normalen Harn des Kindes 203.
Carruccio, Leukoplakia 355.
Carry 120.
Cart, Primäre Aktinomykose der Haut 592.
Carter, R. J., Zwei Fälle von Dermatitis venenata durch das Tragen von Pelzwerk bedingt 477.
— Bemerkungen über Revaccination 524.
Caspary, Über Dermatitis exfoliativa universalis 25.
— Über den Sitz der latenten Syphilis 80. 176.
— 176. 325.
Casper, Leopold, Handbuch der Cystoskopie 415.
— Über den diagnostischen Wert des Ureteren-Katheterismus für die Nierenchirurgie 270.
— Experimentelle Beiträge zur Wirkung des Argentum nitricum in der Harnröhre und Blase 629.
— 200. 204. 269. 551.
De Castelneau 38.
Catchart, Ch. W., Die chirurgische Behandlung der vergröfserten Prostata 199.
Cavafy John 214. 215.
Cazenave 33. 154. 278.
Celsus 139. 153. 610. 611. 616. 619.
Ceni 482.
Censi, R., Die Onychomykosis trichophytica 37.
Chaillous, Fremdkörper des Penis 88.
Chambard 212.
Championneil 563.
Charcot 1. 370. 481.
Chauffard 215.
Chauveau 520.
Chérigié und Briquet, Neurofibromatosis generalisata acquisita 409.
Chevallier 222.
Cheyne, W. W., Die chirurgische Behandlung gewisser Fälle von tertiärer Syphilis 642.
Chiari 324. 576.
Chittenden, P. Hillier, Urticaria mit rekurrierender Haematemesis 147.
Chotzen, Martin, Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte. Heft 7 u. 8 S. 258; Heft 9 u. 10 S. 414; Heft 11 u. 12 S. 562.
Clarke, B., Gumma des Isthmus der Glandula thyreoidea 364.
— Zwei Fälle von kongenitaler syphilitischer Lebercirrhose bei Kindern 648.
— 249.
Clarke, Pierce, Herpes zoster nach Darreichung von Arsenik in einem Falle von Epilepsie 511.
Claude und Lenoir, Über einen einer Benzinintoxikation zugeschriebenen Fall von Purpura 509.
Cless 522.

Cloetta, M., Über die Uroprotsäure, einen neuen Bestandteil des Harns 268.
Coffin 342.
Cohn, J., Über bakteriologische Untersuchungen bei chronischer Urethritis und Prostatitis 34.
Cohn, M. 610.
Cohnheim, S. 400. 631.
Coignet und Cade, Perforierender Schanker des Präputiums 88.
Colby 508.
Cole, Zwei Fälle von syphilitischer Lebererkrankung 575.
Colella 482.
Collan, Walter, Zur Frage der Pathogenese der blennorrhoischen Epididymitis 50.
— Über Spermatocystitis blennorrhoica 416.
Colles 327. 400. 563. 568. 569. 570. 571. 572.
Colombini, Über die Verbreitung des blennorrhoischen Prozesses von der Pars anterior auf die Pars posterior der Urethra und über eine neue Kanüle zu totalen Harnröhrenirrigationen 46.
— 211. 212.
Comte und Roger, Sekundäre Infektion intestinalen Ursprungs nach Masern; Hepatitis, Perihepatitis, putride Pleuritis 518.
Cooper, Arthur 255.
Cordier, Behandlung der Bartholinitis mit Injektionen von Salicyl-Alkohol 271.
Cosgrave, Zwei Fälle von Relaps bei Scharlachfieber 513.
Cossmann und Bussenius, Das Tuberkulin TR. Seine Wirkung und seine Stellung in der Therapie der inneren und äußeren Tuberkulose 156.
Coupland, Bericht über die Pockenepidemie in Gloucester 1895—96 S. 525.
— Einige Pockenstatistiken 525.
Courtaud und Hermet, Anwendung der Methode von Czerny-Trunecek beim Kankroid 141.
Coutts, J. A., Ein Fall scheinbarer Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation 359.
Cowper 461.
Cox, E. S., Ein Fall von Blennorrhoe nebst doppelseitiger Epididymitis bei einem 12jährigen Knaben 50.
Crandall, Percy, Venerische Erkrankungen der Marine und ihre Verhütung 432.
Credé, B., Lösliches, metallisches Silber als Heilmittel 262.
— 29.
Crocker, Radcliffe, Die Behandlung der Lepra mit intramuskulären Sublimatinjektionen 134.
— 213. 337. 406. 541.
Crocker-Eccles, Scharlachfieber und Erdtemperaturen 512.
Croft, E. O., Spontane Ruptur der Blase beim Weibe 99.
Cronier 157.
Crookes, W., Die X-Strahlen und ihre physiologische Wirkung 480.
Csillag, Über Spirillen bei Balanoposthitis circinata 180.
Cullerier 38. 124.
Cumanus, Marcellus 576.
Cutler, Rathschläge eines allgemeinen Praktikers für die symptomatische Behandlung von Hautkrankheiten 429.
Czaplewski, Über einen aus einem Leprafalle gezüchteten alkohol- und säurefesten Bacillus aus der Tuberkelbacillengruppe 531.
— 375.
Czerny 141. 344.

Daempwolf 205.
Daffner, Franz, Pseudohermaphroditismus femininus externus 653.
Dale, J. Y., Dermatitis nach Einwirkung von Röntgenstrahlen 480.
Daniels 431.
Danielssen 71. 528.
Danlos, Polymorphes Erythem bei einem Patienten mit tuberkulösen Follikulitiden 140.
— Heilung von Cancroiden durch lokale Applikation von Arsenik 344.
Darcy, Adhärentes Präputium als Ursache von Konvulsionen bei Kindern 655.
Darier, J., Pathologische Anatomie der erythemato-pigmentären Lepraflecken 71.
— Pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchungen über die erythemato-pigmentären Flecken bei der Lepra 133.
— 28. 27. 140. 175. 212. 215. 318. 363. 409. 420.
Deas, F., Herpes zoster, Gangrän und Tod 511.
Debuchy 39.
Decker 235. 309.
Dehio, Bemerkungen zur Kontagiosität der Lepra 72.
— Multiple neurotische Hautgangrän 481.
Delafield 169.
Delavan, B., Tertiäres Geschwür, Sarkom der Tonsillen vortäuschend 365.
Delbanco, E., Das Mycetoma pedis 401.
— Referate 416. 421. 426. 427. 591.
Delore, Xavier, Über die Cystotomia suprapubica 504.
— Autopsie vier Jahre nach Cystotomie 196.

Delore, Xavier, Operation der Hydrocele durch Umstülpung der Tunica vaginalis 197.
Demme 234. 271.
Demmen, H., Über primären Pemphigus der Schleimhäute (Conjunctiva und Respirationstractus) 586.
Dercum, Clara T., Ein Fall von Purpura fulminans 510.
Desnos, Instillationen von Protargol bei chronischen Urethritiden 412.
Dettweiler 562.
Deuntzer, S., 74.
Deutsch, Eduard, Atypische Psoriasis (Psoriasis ostreacea) 582.
— 651.
Dickinson 222.
Diday 38. 460. 572.
Dieulafoy, Syphilis des Magens 575.
Dinkler, M., Ein Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Mediastinum und der Lungen 369.
— 320.
Diocles 619.
Dioscorides 616.
Disse 552.
Dittel 89. 90.
Dittmar, Scharlachalbuminurie 514.
— und Brownlee, Die Behandlung unsicherer Fälle, die als Scharlachfieber ins Krankenhaus gesendet werden 515.
Dobrzycki, H. 545.
Döderlein 622. 623.
Dohi, Karl, Zur Histologie der Lepra, insbesondere über Leprazellen, Globi und Riesenzellen 133.
— Über Prurigo 482.
— 74.
Don, Wm. W., Die Wirkung des Thyreoidextrakts auf Hautkrankheiten illustriert an Fällen von Ichthyosis 580.
Donovan, J. F. 74.
Dornblüth, Neurosen infolge von Syphilis 370.
van Dort, Broes, Die Verteilung und Ausbreitung der Lepra in Holland und in seinen Kolonien 74.
— Thesen für die Prophylaxe der Lepra 72. 135.
— Zur Ätiologie der Lepra 145.
— 135.
Doutrelepont 27. 28. 119.
Doyon 209. 212. 214. 215.
Dreysel 367.
Drobny, B. A., Über die Abhängigkeit des Verlaufs der Urethritis von der Lokalisation der Gonokokken 558.
Dron 600.
Droysen 609.
Drummond, Alkoholisches Ödem 470.
Drury, Temperaturkurven von Pocken 526.
Dub 223. 224. 229. 234. 237.
Dubois-Havenith, Atypische Psoriasis bei einem Syphilitiker 588.
— 157.
Du Castel, Tuberkulöse, syphilisähnliche Follikulitiden 139.
— Behandlung des tuberkulösen Lupus mit Kalomelinjektionen 345.
— Pemphigus in der Rekonvalescenzperiode eines Masernexanthems 518.
— Über Haut-Tuberkulose im Anschluſs an Masern 636.
— 140.
Duchamp, Aktinomykosis, geheilt mit Jodkalium 592.
Duchenne 73.
Ducrey 265. 589. 590. 636.
— und Respighi, Die Lokalisation der sogenannten Porokeratose auf der Mundschleimhaut 581.
— — Über die Hyperkeratosis figurata centrifuga atrophicans, fälschlich Porokeratosis genannt 635.
v. Düring, Die Schwierigkeiten in der Diagnose nervöser Lepraformen, insbesondere in Beziehung zur Syringomyelie 80.
— Lepra in der Türkei 74.
— 74. 528.
Duhring 257. 277. 284. 322. 381. 382. 383. 384. 385. 389. 390. 391. 407. 553. 584. 587.
Dumont, Über einen Fall von alkoholischer Anurie 94.
Dundore, Nosophen und Antinosin in der Behandlung von Harnröhren- und venerischen Erkrankungen mit Bericht über Fälle 640.
Duval 189.
Duvasse 38.
Dyer, Isadore, Vorläufige Mitteilung über den Gebrauch des Antivenenum bei der Behandlung der Lepra 134.
— 131.

Eberson, M., Über den therapeutischen Wert des Tannoform 43.
Ebner, A., Über luetischen Primäraffekt an den oberen Luftwegen 353.
Eccles, F. R., Vorlesungen über Hämaturie 204.
Eckstein, Über den Desinfektionswert des Kresamins (Äthylendiaminkresol) und seine therapeutische Verwendung bei Hautkrankheiten 261.
Ehlers, E., Fall von Lepra mutilans in Kopenhagen 503.
— 74. 135.
—, Grossmann und Cahnheim, Lepra in Island 135.
Ehrlich 71. 169. 192. 193. 388.

Ehrmann, S., Einiges über die Rolle der Melanoblasten bei der Syphilis 81.
— Die externe und interne Anwendung des Xeroforms in der Dermatologie 265.
— Ein Fall von Joderythem nach Darreichung von Jodothyrin 469.
— Über Sklerosenreste und ihre Beziehungen zu Syphilisrecidiven 566.
— 40. 351. 459.
Eichhoff, P. J., Terralin, eine neue Salbengrundlage 263.
— 378.
Eichhorst, Ein Fall von Lepra nervorum 532.
— 29. 223. 234.
Einhorn, H., Referate 48. 364. 474. 480. 509. 524. 531.
— 8.
Eisenlohr 305.
Eisenmann 608.
Eisner, Th. 543.
Elfstrand, Über blutkörperchenagglutinierende Eiweifse 429.
Ellis, W. C., Ein Fall von Pustula maligna 591.
Elsner, Erythromelalgie und Raynaudsche Krankheit 482.
Emery, Syphilis maligna praecox 142.
— Inguinale Mikropolyadenopathie nach einem Schanker der Vulva bei einer Gravida 346.
— Fall von akuter Vitiligo mit peripherer Neuritis bei einem durch Petroldämpfe vergifteten Individuum 346.
Empedocles 619.
Enderlen, Histologische Untersuchungen über die Einheilung von Pfropfungen nach Thiersch und Krause 428.
Engel, Franz 74.
Engel-Reimers 49. 115. 126. 221. 240. 256. 295.
Engelmann 625.
Engelstedt 255.
Englisch, Über die cystenartige Erweiterung des Blasenendes des Harnleiters 256.
Engman, Eczéma craquelé 152.
Eonnet, Über Masernrückfälle 518.
Epifani 234.
Epstein, Ferdinand, Eine neue Urethralklemme für Verweilinjektionen 170.
Eraud 50.
Erb 372.
Erdberg, C., Ein Fall von Resektion des ganzen Samenstranges bei Prostatahypertrophie 202.
Erlenmeyer 275.
Ernst 147. 418.
Eschbacher 466.
D'Esterre und Sharman, Diphtherie mit ausgebreitetem subcutanen Emphysem 600.
Etienne, G., Progressive Paralyse bei einem Erwachsenen als einziges Symptom einer hereditären Syphilis 190.
— und Spillmann, Über zosterförmige Syphilide 363.
Eudlitz, Syphilisähnliche Psoriasis guttata 141.
— Allgemeine Dermitis. Intoxikation nach Anwendung einer Tinktur und Applikation eines Salolverbandes 141.
Eulenburg 242.
Ewald, C. A., 562.

Fabry, J., Ein Beitrag zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica nodularis (Purpura papulosa haemorrhagica Hebrae) 82.
— Histologische Mitteilungen über einen Fall von Purpura haemorrhagica 401.
— 27. 119.
Falcao 131.
Farquhar 619.
Fasano, Adolfo, Über den therapeutischen Wert der Vasogenpräparate 639.
— Die Sozojodolsalze und ihre Anwendung auf medizinischem und chirurgischem Gebiete 641.
Federer, Karl, Beitrag zur Endoskopie der Strikturen der Harnröhre des Mannes 82.
Fedoroff, S. von, Zur Cystoskopie bei blutigem Harn nebst einigen Betrachtungen über den Katheterismus der Ureteren 204.
Fehling 208.
Feilberg 3.
Feinberg 230. 232. 233. 235.
Feleki, Hugo, Über Injektionen in die Harnröhre 89.
— 83. 89. 416.
Féré 370.
Finger, E., Kasuistische Beiträge zur Bedeutung der Prostatitis blennorrhoica glandularis 83.
— Das Collessche Gesetz und die Frage des Choc en retour 400.
— 89. 105. 109. 276. 412. 416. 565. 571. 577. 589.
Finsen, Niels R., Behandlung des Lupus vulgaris mit konzentrierten chemischen Strahlen 536.
— 2. 3. 4. 6. 259. 401. 526.
Fiquet, Paul, Keine kahlen Köpfe mehr — das Mikrobion der Alopecie 599.
Fischel 397.
Fischer 242.
Flade 466.
Flemming 72. 287. 419. 420. 426.
Flesch 256.
Florence 399.

Flügge 252. 515.
Foà 420.
Foote, E. M., Über den Einfluſs von Formalingelatine auf eiternde Wunden; eine klinische Studie 260.
Fordyce 175.
Fornara, D., Heilbarkeit und Behandlung der Lepra 134.
Le Fort 405.
Fournier, A., Purpuraartiges Quecksilbererythem (Hydrargyrie) 141.
— Excision eines harten Schankers 141.
— Tuberkulöse Syphilide auf Impfnarben 345.
— Ulcerationen an den Fingern (Syphilide oder Tuberkulide) bei einem alten Syphilitiker 346.
— Die verkannten Formen der Syphilis 573.
— 75. 142. 176. 221. 345. 346. 349. 359. 361. 362. 367. 370. 410. 570. 572. 574. 575. 576. 621. 643. 644. 647.
Fournier, Henri, Über den Blasenausschlag nach Antipyrin und über sonstige Störungen nach Einnahme von Arzneien 406.
— Die Dermatothlasie 409.
— Die Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Protargol 412.
Fowler 34. 355. 400. 582. 587.
Fox, C. 154. 213. 405. 459.
Fox, Tilbury 277. 619.
Fraenkel, A. 276.
Fraenkel, B. 603.
Fränkel, E. 151.
Frank, J. 223.
Frank, P. 223.
Frank, R. W., Zur Prophylaxe des Trippers 26.
— Über den heutigen Stand der Blennorrhoetherapie 376.
Fraser 432.
Frazer, E. und Hutchinson. J., Carcinoma penis 88.
— 432.
Freeman, W. T., Bemerkungen über Trichophytia capitis 582.
Freitag, Gustav, Vorträge über die Nierenkrankheiten 414.
Frerichs, v., 222. 223. 224. 226. 228. 230. 235.
Freudenberg, Albert, Erfahrungen über die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini 200.
— Demonstration eines verbesserten Bottinischen Incisors und eines Akkumulators mit Ampèremeter 200.
— Zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie 200.
— 502.
Freund 27.
Frew, W., Über einen Fall von sogenannten „Katheter-“ oder „Urinfieber“ 653.
Fricke 504.
Friedberg 608.
Friedländer, Über Jodoformvasogen 263.
Friedländer, M., Über Suspensorien und ihren Ersatz 504.
Friedrich 622.
— und Török, Die Statistik der venerischen Krankheiten in geschlossenen Kreisen und ihre Prophylaxe 421.
Frisch 598.
Froehlich, J., Heilserum, Immunität und Disposition 465
Fuchs, Carl, Zur Kenntnis der Spermatocystitis blennorrhoica und ihre Beziehungen zur Überwanderung von Bakterien aus dem Darm in die Blase 351.
— 610. 615.
Fürst, L., Zur Prophylaxe und Behandlung der Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 271.
Fuhrmann, Über Röteln 519.
Futcher, Thomas B., Über Alkaptonurie 208.

Gaab, K., Jodoformogen, geruchloses Jodoformeiweiſs 260.
Gabbert 181.
Gabe, J. B., Scharlach und Typhus 514.
Gaehde, Franz, Halbseitiger Herpes zoster bei einem neugeborenen Kinde mit nachfolgender Eklampsie 511.
Galen 610. 615. 616.
Galeotti 428.
Galewski 26. 27.
Galloway 406. 409.
Gans 213.
Garnault, Schwere rheumatoide Erscheinungen nach Injektionen von antidiphtherischem Heilserum in einem Falle von parasyphilitischer Ozaena 366.
Garrod 268.
Gasne und Hallopeau, Über einen Fall von Psoriasis mit persistierenden Achromien; Lokalisation im Verlaufe von Nervensträngen 343.
Gassen 199.
Gastambide 345.
Gastou, Recidivierendes gutartiges Epitheliom und Carcinoma malignum serpiginosum terebrans 141.
— und Haury, Gutartiges Schleimpapillom der Unterlippe (circumscripte, ödematöse Lymphangiektasie) 141.
— Referate 139. 343. 344.

Gaucher, Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen von Quecksilber-Benzoat 373.
— 152. 344. 345. 384.
Gauer, P. 121. 122.
Gayzow, R., Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Augenlider 363.
Gebert 31.
Gebhard, Willibald, Die Heilkraft des Lichtes. Entwurf zu einer wissenschaftlichen Begründung des Lichtheilverfahrens (Phototherapie) 258.
Geigel 608.
Geill, W. M., Einige Bemerkungen über die Lepraübertragbarkeit und Leprаverbreitung 70.
Gémy 74. 131.
Genersich, A., Ein Fall von gummöser Erkrankung der Muskeln und der Brustdrüse 365.
Genouville, Diagnostik der renalen Hämaturien 149.
— und Pasteau, Über die Beziehungen zwischen der arteriellen Spannung und der Kontraktilität der Blase bei Prostatikern 506.
Gerhardt 304.
Gerota, D., Bemerkungen über die Lymphgefäfse der Harnblase 97.
Gerson, K. 504.
Geyer, L., Über die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus und Betrachtungen über die Massenerkrankungen in Reichenstein in Schlesien 83.
Gianturco 531.
Gibert 278. 583.
van Gieson 254. 308.
Gilchrist, Ein Fall von Dermatitis durch X-Strahlen 480.
— 383.
— und Stokes, Ein Fall von Pseudo-Lupus vulgaris infolge eines Sprofspilzes 591.
Giovannini, S., Zur Histologie der Jodakne 346.
— 137.
Girard, Umwandlung der Mollusca und Naevi in Sarkome und Epitheliome 594.
Glade, H. F., Gesetze der Republik Hawai zur Verhütung der Ausbreitung der Lepra 134.
Glagolew, W. M., Das Ballotement der Harnblase als Untersuchungsmethode bei Blasensteinen 102.
Glawsche, Lupus tumidus hypertrophicus 500.
— Fall von Lupus vulgaris beider Ohrläppchen 632.
— 632.
Glück, Leopold, Ein Fall von Xeroderma simplex; Fall von Tuberculosis cutis framboesiformis; zwei Fälle von Pellagra 27.
Glück, Leopold, Die Lepra der oberen Atmungs- und Verdauungswege 70.
— Über die Lepra der gröfseren Hautvenen 74.
— Über die Ursachen und die Bedeutung der Eruptionen im Lepraprozesse 402.
— Mitteilungen aus der Abteilung für Syphilis- und Hautkranke des Bosnisch-Herzegowinaschen Landesspitals in Serajewo 466.
— Erythema exsudativum multiforme bei Syphilis 467.
— Zur Statistik, Ätiologie und Prophylaxe des Kopfgrindes in Bosnien und Herzegowina 467.
— 28. 467. 646.
Gocht, Therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen 430.
Götz, Referate 151. 156. 192. 194. 260. 261. 265. 413. 469. 475. 476. 506. 513. 514. 517. 519. 523. 534. 573. 576. 579. 583. 584. 585. 586. 646. 647.
Goldberg, Berthold, Querleiste der Harnröhre und Prostatitis acuta blennorrhoica 50.
— Die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica durch Guajakolapplikation 50.
Goldenberg, Hermann, Ein Beitrag zur Blennorrhoebehandlung 378.
Goldfarb, M., Ein Fall von konträrer Sexualempfindung beim Manne 546.
— Quecksilber oder Naturheilverfahren bei der Behandlung der Syphilis 651.
— 628.
Goldmann, H., Zur Charakteristik der Eisensomatose 640.
Goldschmidt, Julius, Vorschläge zur Verhütung und Unterdrückung der Lepra 72.
— 120.
Goldzieher 633.
Golgi 173. 482.
Goll 249. 372. 373.
Gomez, J. 345.
Goodell, Ein Fall von Scharlachfieber, in welchem der Tod infolge von Thrombose der Vena Galeni eintrat 512.
Goodman, G., Das Phonendoskop als Hülfsmittel zur Entdeckung von Steinen in der Blase 103.
Gordon, Ein Fall von Scharlachfieber, der mit Antistreptokokken-Serum behandelt wurde 515.
Gottheiner, A., Über die Urämieforschung 405.
Gould 89.
Gradenigo 366.
Graetz 612.
Gram 51. 138. 147. 150. 151. 274. 351. 374. 375. 419. 541. 590.
Grasset, Das Aristol in der Chirurgie 41.
Grassmann, Herpes zoster mit gleichzeitiger Facialislähmung 484.

Gravagna, Über die idiopathische Hautsarkomatose 37.
De Grazia, F., Über die Veränderungen der faradocutanen Sensibilität und ihre Beziehungen zu der übrigen Sensibilität der Haut 429.
Griffith, J. P. C., Ödem im Säuglings- und Kindesalter 472.
Grosglik, S., Gumma der Prostata 364.
Gross, Julius 453.
Gross, Über den Blasenschnitt beim Kinde 196.
Grossmann, K. 135.
Grossmann, Cahnheim und Ehlers, Lepra in Island 135.
Grosz, Siegfried, Zur Ätiologie der Epididymitis bei Blennorrhoe 51.
— 50.
— und Kraus, Bakteriologische Studien über den Gonococcus 458.
Gruby 154.
Grünberg, J., Referate 87. 92. 103. 197. 202. 267. 270.
Grünfeld, A., Ein Fall von Epidermolysis bullosa congenita 84.
— Zur Frage über die Serumtherapie der Lepra 403.
— 90. 131. 145. 573.
Gruner 607.
Guelliot, Blasensteine 104.
— 416.
Günther 462.
Güntz, Die Behandlung der Schmerzen im Verlaufe der syphilitischen Erkrankungen 573.
— 310.
Guerin 393.
Gueterbock 366.
Guiard 182.
Guibout 277.
Guinon 242.
Guiteras, Syphilistherapie von heute 649.
Gull 214.
Gussenbauer 354.
Gutzmann 466.
Guyon 91. 96. 136. 199. 376. 560.

Haan, P., Lange Dauer der antitoxischen Kraft der Lymphdrüsen bei einem Syphilitiker 411.
Habel, Ein Fall von Lepra 531.
Hadden, W. E., Hyperpyrexie bei Scharlach 512.
Haeser 607. 609. 617. 619.
Hahn, F., Referate 35. 145. 256. 261. 262. 355. 401. 418. 419. 430. 432. 468. 476. 477. 478. 480. 481. 482. 484. 501. 504. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 518. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 531. 532. 533. 566 569. 572. 575. 576. 577. 579. 587. 588. 591. 592. 593. 596. 597. 598. 599. 601. 640. 646. 648. 653. 654. 655. 656.
Hahn, L., Zwei Fälle von Ikterus nach Lactophenin 477.
Haiden 240.
Haig, A., Die Harnsäure-Diathese 206.
Halla 224.
Hallé, Allgemeine Gonokokkeninfektion 274.
— und Albarran, Hypertrophie und epitheliale Neubildungen der Prostata 505.
Halley, Perforierendes Fufsgeschwür 598.
Hallopeau, H., „Pyodermite végétante", ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und zum Pemphigus vegetans 85.
— Die Leprösen in Paris 135.
— Zweite Bemerkung über einen Fall von ödematöser Kongestion nach unaufhörlich recidivierenden Urticariaeruptionen 142.
— Über eine Urticaria pigmentosa mit Bildung sehr kleiner Narben 142.
Hallopeau, Dritte Bemerkung über einen Fall von Seborrhoiden 343.
— Über einen Fall von Urticaria pigmentosa, der früher als mutmafsliche Lepra veröffentlicht worden war 344.
— Die kontinuierlichen Akrodermatitiden 480.
— Über die Dermatosis bullosa hereditaria et traumatica 636.
— 75. 135. 139. 140. 257. 322. 345. 381. 385. 388. 389. 390. 391.
— und Gasne, Über einen Fall von Psoriasis mit persistierenden Achromien; Lokalisation im Verlaufe von Nervensträngen 343.
— und Leredde, Hereditäre oder frühzeitig erworbene Syphilis? 344.
— — Zweite Mitteilung über „Pyodermite végétante" 458.
Hamburger 205.
Hammer 1. 2. 24. 115. 127.
Hamonic, P., Das Lycetol bei Erkrankungen der Harnorgane 42.
Hanke, Victor, Lagophthalmus im Schlafe bei vollständigem Lidschlusse im wachen Zustande als Teilbefund multipler Hirnnervenlähmung infolge luetischer Basalmeningitis 578.
Hansemann 240. 241. 306. 307. 308.
Hansen, G. A., Übertragung der Lepra von Mensch zu Mensch 71.
— Über fakultative und obligatorische Isolation der Leprösen 73.
Hansen, C. T., Über das Entfernen von Tätowierungen 602.
— 403. 463. 464. 529.
Hardy 277. 278.
Harless, Fr. 616.
van Harlingen, Die hysterischen Neurosen der Haut 481.
Harnack 68.

Harrison, Über einige Eiterungen des Harnapparates 653.
Hartenstein 508.
Harttung, Beitrag zur Kenntnis der wiederkehrenden makulösen Syphilide 181.
— 26.
Haslund, Alex., Über Zoster; bei Gelegenheit eines Falles mit generalisierter Eruption 483.
— 362. 377. 469. 542.
Hassal 169.
Hatch 147.
Haushalter 256. 637.
Havas, Schwere tertiäre Syphilisfälle 33.
— 25. 26. 32. 34. 178. 554.
Havelburg 529.
Havers 104.
De Havilland, Herpes der Schleimhäute und der Haut 483.
Haynes, W. H., Ein Fall von Angioneurosis des Gesichts 468.
Head 78.
Heape 148.
Heaton, Scirruskrebs der Prostata 202.
Hebra, F. v. 33. 65. 109. 183. 277. 283. 293. 482. 607.
Hecker 239. 616. 618.
Hegel 618.
Heines 618.
Heinz 8.
Helferich, Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie 201.
— 202.
Hellat, P., Isolation der Leprösen 72.
— Leprakolonien und Leprageselschaften 74.
Heller, Julius, Nägel und Nagelerkrankungen 27. 173.
— Weitere Mitteilungen über einen Fall von chronischem Hydrocephalus bei hereditärer Syphilis 373.
— Naevus flammeus giganteus 552.
— 30. 137. 207. 256. 276. 533.
Henel 177.
Hénesco, Steinbildung in der Blase mit einem Fremdkörper als Kern, der durch die Blasenwand hindurch in die Blase gelangt ist 505.
Hening 602.
Henoch 361. 472. 509. 571.
Hensler 607.
Heraklides von Tarent 616.
v. Herff, O. Über Scheidendrüsen mit Demonstration 400.
Herman, C. Lawrence, Der Leprabacillus im menschlichen Körper zu verschiedenen Perioden seines Wachstums 71.
— und Abraham, Einige Beobachtungen mit einem neuen Serum bei der Leprabehandlung 134.
Hermet und Courtaud, Anwendung der Methode von Czerny-Trunecek beim Kankroid 141.
Herodot 611. 614. 616.
Herrich, Ein Fall von Ainhum 598.
Hertz, R., Über die Anwendung des Itrols bei Blennorrhoe 377.
Hervieux, Gesetz über die obligatorische Impfung 519.
— Die Variolaepidemie in Marseille 525.
Herxheimer 24. 175. 354.
Herzog, M., Ein Leiomyom der Wangenhaut von Erbsengröfse 556.
Hessler 614.
Heubner 240. 249. 512.
Heusser 384.
Hjelmman, J. V., Zur Kenntnis der Persistenz der histologischen Gewebeveränderungen bei Syphilis 348.
Hildes, Oscar, Die Behandlung der Syphilis mit variabel dosierten intramuskulären Sublimatinjektionen 467.
Hill, B., 255.
Hill, Ch. A., Urticaria nach Einläufen 473.
Hillairet 212.
Hiob 607.
Hippokrates 78. 610. 611. 615. 619.
Hirsch, A., 607. 619.
Hirsch, Carl, Ein Fall von Alkaptonurie 208.
— 120.
Hirsch, John, Referat 552.
Hirschbruch 8.
Hochsinger, Carl, Studien über die hereditäre Syphilis 568.
— Über das Collessche Gesetz und den Choc en retour bei der hereditären Syphilis 569.
— 399.
— und Rosinski, Über das Collessche Gesetz und die Frage des Choc en retour 400.
*Hodara, Menahem, Über das Wachstum der Haare auf Favusnarben nach Skarifikationen und Einpflanzung von Teilen des Haarschafts 53.
*— Gegen Impetigo vulgaris und das nässende Ekzem 499.
*— Beitrag zur Histologie des Eccema cruris und der varikösen ekzematiformen Dermitis 485.
Hoeftmann 176.
v. Hösslin 79.
van T'Hoff, L., Über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie 205.
Hofmann, K. B. 615.
Hogg 601.
Holl, M., Die Muskeln und Fascien des Beckenausganges 465.
Hollaender, E., Über den diagnostischen Wert des Ureteren-Katheterismus für die Nierenchirurgie 269.

Hollaender, E., 137. 270.
Holt, Pemphigus neonatorum mit Staphylokokkeninfiltration 587.
Homén, E. A., Zur Kenntnis der grofsen meningealen und Gehirngummata, sowie der Rückenmarkssyphilis 559.
— 143.
Homer 613.
van Hoorn 27. 28.
*Hopf, F. E., Die Anwendung nahtloser Gummihandschuhe in der dermatologischen Praxis 620.
— Dermatitis artificialis durch Primula obconica, Oleum Lauri und Eugallol 561.
— Referate 88. 152. 192. 267. 328. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 369. 416. 417. 424. 466. 468. 473. 481. 484. 509. 510. 517. 522. 524. 534. 574. 575. 587. 591. 592. 596. 651.
Horand, Welches ist der gegenwärtige Stand der Wissenschaft bezüglich der Natur und der Kontagiosität der Alopecia areata 600.
— 38.
Horvath, Cornelius, Isolierte primäre Blennorrhoe der paraurethralen Gänge 557.
Horwitz, O., Vereinfachung der Technik des perinealen Schnittes. Beschreibung neuer Instrumente und Bericht über 116 Fälle 464.
Hottinger, Über ein Pessar-Urinar 35.
— Über das primäre Carcinom der Urethra 93.
van Hoven 223.
Huber 76.
Hudelo 388. 389.
Hue, Blasenstein infolge eines Flintenschusses vom Jahre 1870 S. 104.
Huebner, R., Die Harnuntersuchung zur Stellung der Diagnose 204.
Hugounenq 50.
Humboldt, A. v. 619. 620.
Hunter, W., Gumma der Glandula pituitaria 577.
— 577.
Husche, Theodor, Über die Urattrübung bei der Hellerschen Eiweifsprobe 207.
Hutchinson 27. 278. 326. 327. 344. 373. 577. 647.
Hutchinson, J. jun. und Frazer, Carcinoma penis 88.
Hyde, Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der Syphilis des Kindes? 360.
Hyde, J. N. 140.
Hyrtl 197.
Jaboulay 197.
Jackson, G. Th., Urticaria chronica 473.
Jackson, J. T., Zuviel und zu wenig Haar 432.
Jackson, Mark, Ein Fall von Pustula maligna, behandelt mit Incision und Applikation von Karbolsäure 592.
Jacobi 27. 28.
Jacobsohn 374.
Jacobsohn, Paul, Meyer und Liebe, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 466.
Jacquet 139. 175. 279. 320.
Jadassohn, J., Über Immunität und Superinfektion bei chronischer Blennorrhoe 181.
— 25. 26. 28. 123. 131. 163. 250. 396. 474. 553. 594. 646.
Jäger 259.
Jahnel, W., Zur Kasuistik der Harnstoffausscheidung durch die äufsere Haut 423.
Jaikowsky 222.
Jaksch 223. 229.
Jamieson, W. Allen, Eccema palmare et plantare 579.
— Lupus vulgaris behandelt mit Kochs Neu-Tuberkulin 536.
— 154. 215.
Janet 26. 30. 38. 146. 324. 376. 378. 379. 463. 465. 624.
Janis, Kurt 163.
Jankau 478.
Janni, Raffaelo, Beitrag zur pathologischen Histologie der Haut bei Erysipelas 589.
Janovsky 606. 608. 614. 617.
Jarisch, Zur Anatomie und Pathogenese der Pemphigusblasen 182.
— 168. 175.
Jeanselme, M. E., Die Sensibilitätserscheinungen bei der Lepra 132.
— 81. 131. 157. 499.
— und Laurens, Lokalisation der Lepra an Nase, Rachen, Kehlkopf 72.
Jessner, S., Therapie der Acne simplex (vulgaris) und Acne rosacea 593.
— Referate 45. 46. 47. 49. 50. 51. 87. 89. 91. 92. 93. 95. 97. 100. 101. 102. 104. 146. 147. 158. 156. 177. 180. 195. 196. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 207. 208. 257. 258. 259. 261. 264. 265. 266. 267. 269. 270. 271. 274. 276. 358. 363. 367. 369. 373. 375. 376. 377. 378. 380. 466. 467. 470. 405. 414. 418. 419. 423. 425. 427. 428. 429. 431. 432. 502. 506. 508. 511. 512. 517. 518. 519. 524. 525. 527. 529. 530. 531. 533. 535. 536. 556. 561. 565. 566. 568. 572. 574. 578. 580. 583. 588. 589. 595. 597. 598. 599. 600. 635. 641. 648. 652. 653. 654. 655.
— 533.

Ikoff 234.
Ilberg 615.
Immermann, H., Der Schweifsfriesel 467.
— 510.
Impey, S. P., Die Lepra anaesthetica ist nicht kontagiös 531.
— Die Nichtkontagiosität der anästhetischen Lepra 70.
— 74.
Joelsohn 74.
Johnson, Ein Fall von Purpura rheumatica 509.
Johnston, James, Die cutanen Tuberkulosen der Kindheit 532.
— Mitteilungen über Fälle von Syphilis 359.
— Syphilis vegetans 574.
— Syphilitische Paronychie und Onychie 574.
— Syphilitische Parese 574.
— 211.
Johnstone 213.
Jolly, F. 562.
Jonkin, J. F. 75.
Jordan, A., Über den Wert des Haemolum hydrargyrojodatum als antisyphilitisches Mittel 652.
— Referate 500. 553. 632.
Joseph, M., Über viscerale Lepra 72.
— Rasierschanker auf der rechten Wange 136.
— Leukonychie 137.
— Akanthosis nigricans 137.
— Mikroskopische Präparate 27.
— Über viscerale Lepra 183.
— Ulceröses Syphilid 629.
— 24. 25. 26. 30. 31. 105. 138. 459. 555. 629.
Josserand, H., Neue Behandlung der Hypospadie 88.
Jouin, Über die Behandlung der Metritis, speziell der blennorrhoischen Endometritis des Uterushalses durch lokale Anwendung von Wintergreen-Öl 272.
Jourdanet und Rochet, Über die Incontinentia urinae in der Kindheit 95.
Jsaac 24. 109. 111.
Isaac II, Photographien in natürlichen Farben nach dem Ivesschen Verfahren 629.
Israel 531.
Israels, A. H. 617.
Issleib, Über Cearin, eine neue Salbengrundlage 259.
Jüngst, Fremdkörper am Penis 88.
Juhel-Rénoy 3. 410. 541. 542.
Juliusberg, Fritz, Über Pustulosis acuta varioliformis 558.
— 250.
Jullien, L., Chronischer Tripper und Ehe 46.
— Blennorrhoe und Ehe 357.
Jullien, L., Das Berufsgeheimnis des Arztes und die Blennorrhoe 410.
— 38. 164. 223. 229. 234. 236. 241. 649.
Justi, Karl, Über die Unnaschen Plasmazellen in den normalen und tuberkulösen Granulationen 425.
Justus, J., Nierenveränderungen bei Syphilis 461.
— Gumma oder Epithelioma palati 555.
— 179. 554. 651.
Ives 629.

Kafka, Hugo, Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 466.
Kaiserling, C., Praktikum der wissenschaftlichen Photographie 356.
Kalindero, N., Die Lepra anaesthetica; die Veränderungen der Medulla; ihr klinisches Bild; ihre Beziehungen zur Syringomyelie und zur Morvanschen Krankheit 132.
— 131. 145.
Kallenberger 8.
Kamm, Zur Kasuistik der Karbolsäuregangrän 476.
Kandaratzky, M., Zur Kasuistik der freien Körperchen in der Tunica vaginalis des Hodens 197.
Kantorowicz, Lupus erythematodes oder Lues? 173.
Kaposi, M., Handatlas der Hautkrankheiten 413.
— Allgemeine Bemerkungen über Leprafälle 71.
— Zur Frage der Kontagiosität und Prophylaxe der Lepra 528.
— Über Miliartuberkulose der Haut und der angrenzenden Schleimhaut. Tuberculosis miliaris s. Tuberculosis propria cutis et mucosae 184.
— 24. 25. 34. 78. 105. 138. 155. 164. 175. 209. 212. 214. 215. 277. 278. 279. 280. 283. 286. 321. 325. 336. 354. 402. 558. 572. 577. 584. 586. 607.
Kapsammer, G. und Pal, Über die Bahnen der motorischen Innervation der Blase und des Rectum 97.
Karajan, Ernst R. v., Ein Fall von primärer Tuberkulose der Vulva mit elephantiastischen Veränderungen der Clitoris 271.
Karvonen, J. J., Über den Einfluss des Quecksilbers auf die Nieren 143.
Kasahara 307. 309.
Katzenelson 608.
Kaufmann 29.
— und Bloch, Über Protargol 261.
Keersmäcker, Divertikelbildung in der Pars anterior urethrae des Mannes 190.
Keith 195.
Keller 522.

Kelly, H. A., Die Ursachen und die Diagnose der Pyurie 267.
Kenefick, Manifestationen von Syphilis in den oberen Luftwegen mit Bezug auf eine Sklerose des Septum naris 574.
Kenwood, Die Mortalität bei Masern 517.
Kibbe, A. B., Ein Fall von Dermatitis durch Röntgenstrahlen nebst mikroskopischem Befund der erkrankten Haut 479.
Kiefer 276. 375.
Kiessling, A., 611.
King, M., Über einen Fall von Tuberkulose des Urogenitaltrakts; Autopsie 204.
— Ein Fall von Tuberkulose des Hüftgelenks, der Lungen, Hoden, Leistendrüsen 533.
Kircher, Athanasius 610.
Kirchner, M., Über Vereine zur Bekämpfung der Lepra 74.
— und Kuebler, Die Lepra in Rufsland 530.
Kitasato 131.
Kitt, Th., Die Streptothrixform des Rotlaufbacillus 588.
*Klamann, Ein Fall von ekzematöser circumscripter Dermatitis mit Berücksichtigung der dabei beobachteten Pilzelemente 329.
Klaussner 8.
Klebs 556.
Klein, E., Ein für Menschen und Tiere pathogener Coccus: Staphylococcus haemorrhagicus 507.
Kleinwächter 348.
Klemperer, F. 562.
Kleopatra 607.
Klingmüller 72.
Klotz, H. G., Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis 185.
— Über den praktischen Gebrauch des Endoskops 462.
— 93. 648.
Knauer, Georg, Ichthyosis hystrix 580.
Kneis 27.
Knight, Syphilitische Larynxerkrankung 575.
Knoch 541.
Kobert 68.
Koch, R. 152. 193. 351. 501. 515. 534.
Köbner 157. 390.
Köhler (Posen) 131.
Kölliker 148. 417.
Koenig, Über Rektalstrikur durch Blennorrhoe 47.
— 51. 157. 464.
Körösi, Über die Dialektik der antivaccinatorischen Schule 521.
Körte 551.
Köster, Über Masernpneumonie 518.
Kohmann, Karl, Über Methylenblau in der Behandlung der akuten Blennorrhoe 377.
Kolischer, Gustav, Zur Behandlung der Urethritis beim Weibe 376.
— Eine Spätform der blennorrhoischen Cystitis beim Weibe 49.
Kollmann, Arthur, Über einige Hindernisse beim Katheterismus der Harnröhre des Mannes 89.
— Harnröhrendehnungen an der Leiche 90.
— Neuere Photogramme des Inneren der männlichen Harnröhre, aufgenommen am lebenden Menschen 91.
— 26. 92. 105. 114.
Kopp 24. 26.
Kopytowski, W., Über Gonokokkenbefunde im Genitalsekrete der Prostituierten 352.
— 121. 396.
Korotneff 421.
Korteweg, Einige Bemerkungen, betreffend eine Scarlatinaepidemie 512.
Kowalewsky 234.
Kracht, Epitheliom 632.
Krafft-Ebing 546. 548.
Král 375.
Kraus, R. und Grosz, Bakteriologische Studien über den Gonococcus 458.
Krause 428.
Krayn 629.
Krefting 520.
Krehl 310.
Krenckel 474.
Kretschmer 310.
Krösing, R., Über Behandlung des Ulcus molle mit Hitzebestrahlung (Audry) 186.
— 28.
Krogius 266.
Krohn 3.
Kromayer, E., Jodoformogen, ein geruchloses Jodoformpräparat 260.
— Was sind die Ernstschen Keratingranula 418.
— 15. 26. 183. 254. 396.
*— und Vieth, Einige neue dermatologische Heilmittel, Derivate des Pyrogallols, Chrysarobins, Resorcins 11. 25.
Krüche 79.
Krysinski 631.
Krzysztalowicz, Franz, Kochs neues Tuberkulin (T. R.) bei Lupus vulgaris 535.
— 652.
Kuebler, P. 131.
— und Kirchner, Die Lepra in Rufsland 530.
Kühlewein 615.
Kühn 610. 618.
Kümmell, Die Behandlung des Lupus

mit Röntgenstrahlen und mit konzentriertem Licht 401.
Küsel, Über Largin 500.
Küttner 271.
Kuhn, Johanna, Ein Beitrag zur Kenntnis der Histologie der endemischen Beulen 591.
Kuhn, Eine sterile, wasserdichte, anzuklebende Wundvorlage 399.
Kulisch, Bemerkung zur Krotonentzündung 400.
Kumm, R., Über Amyloiddegeneration des Fettgewebes 427.
Kurts, F., 613.
Kussmaul 222.
Kuttner, Robert, Beitrag zur Steinbehandlung 103.
Kuznitzky, Das Modell der Urethralschleimhaut eines sechsmonatlichen Foetus 27.
— 28.

Laaf, F. J., Eine neue Ballontripperspritze 376.
Laehr, Max, Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie 135.
— 80. 81.
Lamb, J. H., Ein seltener Fall von Vaccineübertragung 523.
La Mensa, Über die blennorrhoische Infektion und die infektiösen Krankheiten in Bezug auf ihre Häufigkeit im allgemeinen und ihre Frequenz in Palermo 36.
Lancereaux 222. 223. 234.
Landau 275. 653.
Lang, Fr., 40. 157. 159. 163. 164. 165. 166. 168. 169. 185. 222. 608.
Lange, C., Beiträge zur Klinik der Harnsäurediathese 206.
— 400.
Lange, F. A., 619.
Langer, Armin, Zur Kasuistik der traumatischen Lymphcysten 595.
Langer, Joseph, der Akuleatenstich 187.
— 98. 553.
Langerhans 533.
Langhans 133.
Langlebert 504.
Lannois 273.
Lanz, Ein Beitrag zur Übertragbarkeit der Warzen 594.
Lappe 125.
Laruelle, Die sexuelle Impotenz und ihre Behandlung 198.
Laser, Hugo, Über Reinkulturen von Smegmabacillen 419.
— 120.
Lassar, O., Pruriginöses Ekzem 501.
— Raynaudsche Krankheit 501.
— Ein Schulfall von Lepra tubero-maculo-anaesthetica 501.
— Über Alopecia syphilitica 402.
— 75. 245. 504. 468. 552. 621.
Laurens und Jeanselme, Lokalisation der Lepra an Nase, Rachen, Kehlkopf 72.
Laverde, J. Olaya, Die Behandlung der Lepra mit Serotherapie 134.
— 403.
Lazarewitsch, R. 75.
Lazarus, Posticuslähmung bei Blennorrhoe 48.
Lebert 542.
Lecorché 223. 296. 298.
Lefferts 534.
Legal 304.
Legge, G. A., Ein Fall von recidivierendem Ekzem 578.
Legrain, Blennorrhoische Infektion im Verlaufe einer Febris intermittens quotidiana 191.
Lehmann, Fr., Zur Therapie der chronischen Cervicalblennorrhoe 273.
Leichtenstern 533.
*Leistikow, Leo, Neueres über Steinkohlenteer 397.
— Das Eccema keratoides manuum 579.
— Referate 262. 419. 429. 601.
— 343. 453. 454. 466.
Leloir 157. 163. 164. 165. 166. 168. 279. 355.
Lemonnier 237.
Lenhartz 298. 304.
Lennander, K. G., Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie 200.
Lenné 242.
Lenoblé, Victor, Über die Ausscheidung pathologischer gerinnungshemmender und gerinnungsfördernder Eiweifskörper durch den Harn 207.
Lenoir und Claude, Über einen einer Benzinintoxikation zugeschriebenen Fall von Purpura 509.
Lenzmann 576.
Leon, Einige Fälle von Myiasis, die in Rumänien zur Beobachtung kamen, und ihre Behandlung durch die Landbevölkerung 601.
Leonidas 613.
*Leredde, Histo- und hämatologische Untersuchung eines Falles von Hallopeauscher Dermatitis 371.
— Das Ekzem, eine parasitäre Krankheit 154.
— 278. 382.
— und Hallopeau, Hereditäre oder frühzeitig erworbene Syphilis 344.
Leroy und Balzer, Keloid mit progressivem Verlaufe 139.

Leroy und Balzer, Akneartige und nekrotische Tuberkulide 140.
— — Rasch verlaufende tuberkulöse Lymphangitis 343.
Lesser, E., Zur Geschichte des Aussatzes 73.
— Den Knochen rarefizierendes Gumma 138.
— Lymphangioma tuberosum multiplex 138.
— Neger mit ausgedehntem Akne-Keloid 629.
— 28. 136. 138. 173. 175. 255. 276. 618.
Leube 145.
Leudet 222. 223. 224. 225.
Leutert, Über die infolge Durchbruchs eines Furunkels entstehenden periartikulären Abscesse 400.
— 143.
Lévai, Untersuchungen über Karbol- und Säureeinwirkungen auf lebende Gewebe mit besonderer Rücksicht der Karbolgangrän 476.
Levi, L., Die endovenösen Sublimatinjektionen bei der Behandlung der serösen und Gelenk-Lokalisationen des blennorrhoischen Giftes 51.
Levy 27. 466.
Levy-Dorn 415.
Lewald 466.
Lewin, G. 222. 234. 256.
Lewin, L., Der Übertritt von festen Körpern aus der Blase in die Nieren und in entferntere Körperorgane 194.
Lewis 431.
Lewith, S., Ein Fall von Elephantiasis 188.
— Das Eiereiweiſs als Heilmittel 188.
von Leyden, Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik 562.
— 224. 227.
Lichtenberg 610.
Lichtheim 177.
Lie, H. P. 74
Liebe, Georg, Ein zweiter Fall von Barlowscher Krankheit 508.
— Jacobsohn und Meyer, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 466.
Lieberthal, Ein Fall tuberöser Lepra 556.
— Ein Fall von ulceröser Hauttuberkulose der Wange 556.
Liebmann 572.
Liebreich 468.
Lier 347.
Lieven, Anton, Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der lokalen Therapie 565.
— Perichondritis syphilitica 576.
Lincoln, Mykosis oropharyngalis 603.
Lindemann 541.
Lindholm, A., Ein Fall von blennorrhoischer Cystitis 50.
Link, Ignaz W., Kleine kasuistische Beiträge zur operativen Chirurgie 431.
Linossier 273.
Lion 541.
Lion, Victor, Unter dem klinischen Bilde einer erworbenen idiopathischen Hautatrophie verlaufende Hyperkeratosis cutis 354.
— Ein Fall von familiärer Ansteckung mit Herpes tonsurans 172.
— Ekzem der Finger 172.
Lipowski, J., Pathologie und Therapie der Harnabscesse 203.
Lippe 483.
Lipski, Sigmund, Über physiologische und pathologische Siderose 601.
Liredey 505.
List, Adolph 105.
Lister 623.
Liston 229.
Litten, Pyurie 550.
Little 75. 461.
Littlewood und Pearson, Ein Fall von trockener Gangrän beider Unterextremitäten als Komplikation eines gewöhnlichen Scharlachfiebers; doppelte Amputation, Heilung 513.
*Lochte, Th., Über den praktischen Wert des mikroskopischen Gonokokken-Nachweises bei Prostituierten 115.
*Loeb, Heinrich, Orthoform als Anaestheticum bei intramuskulären Injektionen 8.
Loeb, Leo, Über Transplantation von weiſser Haut auf einen Defekt in schwarzer Haut und umgekehrt am Ohr des Meerschweinchens 428.
Loewenfeld, L., Über die Behandlung der männlichen Impotenz und die Gassenschen Apparate 199.
— Die Beschneidung im Lichte der heutigen medizinischen Wissenschaft mit Berücksichtigung ihrer geschichtlichen und unter Würdigung ihrer religiösen Bedeutung 654.
Lohnstein, H., Mitteilungen über technische Verbesserungen 405.
Loncques 242.
Looft, Carl, Die anästhetischen Formen der Lepra 74.
Lorenz 588.
Loumeau, Kastration bei Prostatahypertrophie 202.
— Fremdkörper der Blase 102.
Lowndres, F. W., Vaccination und Revaccination 524.
Lubarsch 175.
Lucas, Cl., Blennorrhoe mit ausgedehnter Eiterung; Urin- und Kotextravasation 47.
Luithlen 183.

Lukasiewicz 384.
Lush, V., Ein Fall von Lepra leontina — 532.
Lustgarten 551.
Lydston, Infektion durch die Harnröhrensonde 656.
Lysander 613.

Maaben, Fr., Zur Charakteristik der Somatose 43.
Mac Gillivay, C. W., Elastische Striktur der Urethra und deren Behandlung 92.
Mac Mahon, J. R., Syphilis als Heilmittel 359.
Mackay, Ein ungewöhnlicher Fall von Herpes zoster 511.
Mackenzie, L., Bemerkung über einen Fall von Pocken 526.
Mackenzie 78.
Macleod, J. M. H., Über die Entwickelung der menschlichen Epidermis 148. 406.
— Ein Fall von Purpura haemorrhagica nach Malariafieber 510.
Madelung, Die Karbunkelbehandlung 28. — 28.
Madier 563.
Mahon 154.
Majocchi, Domenico, Purpura annularis teleangiectodes (Teleangiectasia follicularis annulata) 188.
— 37. 38. 350.
Malassez 420.
Malgaigne 462.
Malling, C., Ein Hülfsmittel bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe 375.
Malmsten 154.
Malpighi 72. 133.
*Manchot, C., Über die Beziehungen der Glykosurie und des Diabetes mellitus zur Syphilis 221. 295.
— 311.
Mandl 234.
Mankiewicz, Otto, Über einen interessanten Blasenstein 104.
— Dauerdrainage der Blase 136.
Manson, P., Über einige neue Arten von Hämatozoen, welche in Amerika vorkommen 431.
— 587.
Mantegazza, U., Über das Keloid 37.
— Über das Vorhandensein der Russelschen Körperchen bei einigen Dermatosen 427.
Mapleton 431.
Marc, Praktische Erfahrungen auf dem Gebiete der Blasensteinoperationen 145.
— 355.
Marchi 372. 418.
Marschalkó 289. 426.
Marsh, Über senile Tuberkulose und subcutane tuberkulöse Eiterung 533.
— und R. S. Thomson, Über die durch das Impfen bedingte Immunität in Bezug auf die Serumbehandlung bei Variola 520.
— Sarcoma der Prostata 203.
Martin (St. Louis), Chronische Hautgeschwüre und ihre Behandlung 152.
— Scrophuloderma und seine Behandlung 152.
Martin 505. 543.
Martineau 395.
Martins, H. 163.
Márton 455. 456.
Masterman, Ein Fall von wanderndem Odem, wahrscheinlich septischen Ursprunges 471.
Mathieu 103.
Matty 534.
Mauriac 221. 296. 298. 364.
Mayer, Emil, Primärer Lupus des Kehlkopfs 534.
Mayer, G. 242. 309.
Mayer, Sigmund, Einige Versuche und Beobachtungen am Haare 417.
McClanahan, A. C., Über Masturbation 156.
McConnell, Ein Fall von Neuritis des Quintus mit Herpes und Ekzem 484.
McGuire, J. C., Monochlor-Essigsäure bei der Behandlung des Xanthoma 463.
Meinecke, A., Ein Fall von Distoma haematobium Billharzii der Blasenwand 101.
Meissner, P., Demonstration eines neuen Demonstrationsmikroskops und urologischer Präparate, ferner eines Markierapparates für mikroskopische Präparate 400.
— 24. 552.
Melchior, Max, Bericht über 52 bakteriologisch interessante Fälle von infektiöser Erkrankung des Harntraktus 635.
— Kontroverse mit Rovsing 35.
Ménard, St. Y., Die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten und die Variola 525.
Mendel 372.
Mendelsohn, Martin, Über medikamentöse Behandlung der Krankheiten der oberen Harnwege 86.
— Über Dysurie und ihre Therapie 94.
— Über medikamentöse Behandlung der Krankheiten der oberen Harnwege 399.
Méneau, J., Die Sklerodermie 408.
— Ein weiterer Fall von Hauttuberkulid 409.
Menge 182.
Menke, Walter, Über Hermaphroditismus 270.
Merck, E., Pharmakologischer Bericht über das Jahr 1897 S. 39.
Merget 251.

v. Mering 222. 238.
*Merk, Ludwig, Grundzüge einer allgem. Ätiologie der Hautkrankheiten 433.
— Dermatoses albuminuricae 189.
— Über Sarcomatosis cutis 353.
Merril, Weitere Untersuchungen über den Pilz des seborrhoischen Ekzems 579.
Merz 571.
Meschedes 463.
Mesnard, Fall von Epilepsia Jacksonii syphilitischer Natur 371.
Metall, Hermann, Zur Xeroformtherapie venerischer Erkrankungen 45. 265.
Methner 646.
Meurisse, P., Verrucae planae juveniles faciei et manuum 412.
Meves, F., Über das Verhalten der Centralkörper bei der Histogenese der Samenfäden von Mensch und Ratte 501.
Meyer, E. v. 615.
Meyer, George, Liebe und Jacobsohn, Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege 466.
Meyer, Jacques 234. 235.
Meyer, P., 533.
Meyer, Rudolf, Zur Kasuistik der durch Gonokokken hervorgerufenen paraartikulären Phlegmonen 274.
Mibelli 458.
Michel und Roche, Die Syphilisbehandlung mit Kalomelinjektionen am Charitéspital zu Marseille 652.
Midwedew, L., Über die Lokalisation der organischen Strikturen der Harnröhre 91.
Mielck 342.
Mielsaux und Balzer, Hautgangrän bei einer Hysterischen 481.
Miles, A., Die Pikrinsäure als erster Verband bei Verbrennungen 478.
Miller, H., Pemphigus chronicus vulgaris auf der Schleimhaut des Mundes und der Epiglottis 588.
Minich, Eine neue Methode der Gonokokkenkultur 375.
Minkowski 238. 240.
Mitafsis 131.
Mitchell, A. B., Hauttransplantationen nach Thiersch 328.
Mode, Eine eigenartige Angina infolge von Glossitis 603.
Moeller, Alfred, Über Mikroorganismen, welche sich morphologisch und tinktoriell wie der Tuberkelbacillus verhalten 419.
Möller, M., Zur Kenntnis des pustulösen Syphilids (Syphilis maligna) 364.
— Beiträge zur Statistik der Masernepidemien 516.
— 185. 508.
Moir, Die Behandlung der Pocken, palliativ und prophylaktisch 527.
Moleschott 1.
Molinié 366.
Molony, Ichthyosis 152.
Moncorvo, Über die Behandlung der Chylurie mit Ichthyol 266.
— Das Trinitrophenol in der Dermotherapie 641.
Monin, E., Die Gerüche des menschlichen Körpers in gesunden und kranken Tagen 259.
Monod 39.
Monritz 529.
Montgomery, D. W., Quecksilber-Ausschlag 262.
— Initialsklerose der Lippe infolge wahrscheinlicher Infektion durch einen Schminkstift 363.
— Ein Fall von frühzeitiger cerebraler Syphilis 577.
Monti 482.
Montoya 345.
Moore, J., Der Gebrauch von Methylenblau bei Blennorrhoe 377.
— Ein Fall von Pocken 526.
— 3.
Moorhouse, J. E., Urticaria im Anschluſs an Eingieſsungen 473.
Morel-Lavallée 345.
Morgagni 90.
Morris, Malcolm, Die Trichophytie (Ringworm) im Lichte der neuesten Forschung 153.
— 213. 214. 277. 278. 597.
— und A. Whitfield, Sechs Fälle von Lupus vulgaris behandelt mit Kochs Neu-Tuberkulin 535.
Morton 517.
Morvan 73. 132. 251.
Moscato, P., Über eine Masernepidemie in Porto Empedocle von Dezember 1892 bis März 1893 S. 517.
Moser, William, Über das Kontraktionsvermögen der Spermatozoen 190.
Mosler, F. 234. 562.
Mouillot, A., Ein Fall von Raynaudscher Krankheit 506.
Moullin 200.
Mraček 326. 466.
Müller, C., Referate 39. 46. 47. 48. 52. 86. 88. 93. 94. 99. 102. 142. 196. 198. 199. 202. 204. 206. 258. 266. 268. 271. 272. 273. 274. 293. 346. 356. 364. 366. 371. 374. 475. 481. 482. 428. 429. 430. 431. 509. 512. 518. 519. 520. 525. 529. 532. 535. 536. 575. 577. 582. 583. 592. 593. 594. 597. 599. 600. 641. 642. 652.
Müller, F. W. 608.
Müller, Georg, Demonstration einer doppelläufigen Spülkanüle, eines Desinfektionsapparates für Katheter und eines Aufbewahrungsinstrumentes aus weichem Gummi für Katheter 27.
Müller, Julius Kryptogene Syphilis (Syphilis d'emblée) 144.

Müller, K. O. 613. 614.
Müller 349. 354.
Münch 608. 610. 611.
Muenz, P., Über die Vorteile der rituellen Beschneidung 654.
Munn, Excision des syphilitischen Primäraffektes 566.
Munro, N. G., Ein Fall von symmetrischer Gangrän in Verbindung mit peripherer Neuritis 507.
Murphy, Ch. E., Die Behandlung der Tinea tonsurans und der Tinea circinata mit gewöhnlichem Kochsalz 582.
Murphy, H. H., Herpes zoster des Gesichts mit Paralyse 484.
Murray, Syphilis und Schwangerschaft 569.
Murri, Über Hämoglobinurie nach Chiningebrauch 205.
— 268.
Musehold, P., Lepra in Leber und Milz 133.

Naegeli, Über hämatogene Hauttuberkulose 538.
Naeman 616.
Nasse, Dietrich, Die blennorrhoischen Entzündungen der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel 51.
Naunyn 223. 224. 227. 233. 241. 242. 311. 313. 577.
Navarre 600.
Neale, J. H., Vergiftung durch „Primula obconica“ 472.
Nebel 607.
Neech, J. T., Über die Dauer der Infektiosität des Scharlachfiebers 512.
Neelsen 181. 253.
Neisser, A., Blennorrhoe-Therapie und Protargol 25.
— In wieweit ist man berechtigt, den Leprabacillus als die Ursache der Krankheit anzusehen? 69.
— Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis und was haben wir von ihr zu erhoffen? 326.
— Bemerkungen zu Jadassohns Vortrag über Arzneiexantheme 474.
— Über sogenannte merkurielle Exantheme 475.
— Zur Diskussion über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus 584.
— Über die ätiologischen Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode 642.
— Bemerkungen zu dem Vortrage Methners: „Über den Zusammenhang von tuberkulösen Gelenkerkrankungen mit Lues hereditaria“ 646.
— Die Einreibungskur 650.
— 3. 24. 26. 27. 28. 29. 30. 115. 116. 117. 119. 120. 122. 125. 127. 128. 137. 157. 170. 171. 184. 191. 250. 348. 370. 376. 378. 399. 412.
Nélaton 405.
Neligan 432.
Nellizari, C. 74.
Neos, R. B., Ein Fall von Myxödem, das durch Herzfehler kompliziert war 599.
Neuberger, Über Filamentuntersuchungen bei chronischer Blennorrhoe 26.
Neuhaus, Referate 46. 88. 97. 98. 100. 101. 104. 196. 198. 272. 371.
Neumann, E. 427.
Neumann, J., Über eine seltene Form von Atrophie der Haut 246.
— Zur Ätiologie der Syphilis maligna 358.
— Wann hat man mit der Merkurialbehandlung der Syphilis zu beginnen 373.
— Der syphilitische Primäraffekt an der Vaginalportion des Uterus 502.
— 24. 80. 131. 145. 157. 176. 239. 251. 255. 277. 278. 309. 321. 348. 385. 389. 390. 391. 458. 567. 576. 607. 617. 619. 621. 622.
Neumayer 8.
Newman, Robert, Resultate der elektrolytischen Behandlung der Harnröhrenstrikturen im Vergleiche mit anderen Methoden 92.
Newsam 431.
Newton, Die Behandlung des Keloids mit Thiosinamin 596.
Nicolaier, Arthur, Über die Behandlung der Cystitis mit ammoniakalischer Harngärung durch Urotropin (Hexamethylentetramin) 100.
Nicolich, Über einen eingetafften Stein 103.
Nicolle 38.
Niebergall, Die Behandlung der Blennorrhoe durch Spülungen mit übermangansaurem Kalium nach Janet 378.
Nielsen, L., Referate 49. 50. 52. 206. 364. 375. 377. 470. 474. 483. 509. 527. 573.
Nielsen, Th., 503.
van Niessen, Zur Ätiologie der Syphilis 551.
— Ein neuer Beitrag zur Ätiologie der Syphilis 568.
— 86. 552.
Nitze 204. 415. 502.
Nobl 76.
Noeggerath 46. 347.
Nölke, Vaccineeruption an der Vulva 524.
Noguès, Behandlung der blennorrhoischen Urethritis mit Protargol 191.
— Studien über die therapeutischen Resultate der gegen die Kongestionszustände gerichteten Methode in der Behandlung der Prostatahypertrophie 412.
— Warmes Wasser in der Therapeutik der Harnwege 413.

Noguès, Über die Verwendung von Gelatinelösung bei den durch Neoplasmen hervorgerufenen Blasenblutungen 505.
Nonne, Über zwei klinisch und anatomisch untersuchte Fälle von syphilitischer Spinalparalyse (Erb) 372.
v. Noorden 238. 239.
Norrie, Gordon, Urticaria chronica infantum 474.
Northrup, Masernepidemie im New Yorker Findelhaus 517.
Nothnagel 576.
Notta 240.
Numa Rat, J. 74.
Nylander 296. 299. 300. 310. 311.

Oberländer 26. 91. 92.
O'Carroll, Diagnose und Prognose der Pocken 526.
v. Oefele 608. 614. 616.
Oertel 562.
Oesterlen 543.
Oettinger, Ein Fall von hereditärsyphilitischer Sattelnase 646.
— 3.
Ogilvie, G., Die Ausnahmen vom Collesschen Gesetz 571.
— Ist Colles der Urheber des nach ihm benannten Gesetzes oder nicht? 572.
— Über den Zeitpunkt, wann syphilitische Erkrankungen des Nervensystems einsetzen, und die drei Stadien der Syphilis 576.
— 360.
Ohmann-Dumesnil, A. H., Eine rasche Behandlungsart des Ulcus molle und der syphilitischen Ulcerationen 649.
Opitz 234.
Oppenheim, H., Syringomyelie und Lepra 135.
— 234. 242.
Orbak, Syphilis und Wundheilung 572.
Orlow, Ulcus rodens 553.
Orvañanos 74.
Oser 239.
Osler 470. 574.
Osorio 541.
Ostertag 175.
Oulmann, Ludwig, Beitrag zur Kenntnis der Glossitis luetica 367.
Owen 595.
Owings, E. R., Zwei Fälle von Syphilis 463.
Ozenne 233. 234. 235.
Ozzard 431.

Pagel 608. 609.
Pagerlund, L. W. 74.
Paget 420.
Pal, J. und Kapsammer, Über die Bahnen der motorischen Innervation der Blase und des Rectums 97.
Palm 31.
Paltauf 252. 271.
Park, R., Über die Indikationen und die Auswahl der operativen Eingriffe bei Tuberkulose der Niere 464.
Parker, R., Über Blasensteine 102.
Parrot 142. 366.
Pártos, Alexander, Über die Behandlung der Syphilis an den Schwefelthermen 652.
Paschkis 615.
Pasteau, Cystoskopie und Lithotripsie beim Weibe 505.
— und Genouville, Über die Beziehungen zwischen der arteriellen Spannung und der Kontraktilität bei Prostatikern 506.
Pasteur 515. 590.
Patterson, Kongenitale Phimose mit 39 Präputialsteinen 655.
— 541.
Paul, Eden, Fall von symmetrischen, subcutanen, fibrösen Knoten bei einem Erwachsenen, kombiniert mit mitraler Endocarditis 596.
Paul, M. E., Kerosin 42.
Pavone und De Bonis, Scleroderma neonatorum 599.
Payne 406.
Pearson und Littlewood, Ein Fall von trockener Gangrän beider Unterextremitäten als Komplikation eines gewöhnlichen Scharlachfiebers; doppelte Amputation, Heilung 513.
Peiper, E. 562.
Pelagatti, Marion, Blastomyceten und hyaline Degeneration 427.
— Hyaline Körperchen und Blastomyceten 37.
Pellizzari 279. 347.
Peltesohn, Lues hereditaria und Keratomalacie 646.
Percival, Ein Fall von Blasenruptur 99.
Perémy, Ein ausgebreiteter Fall von Acne necrotica 179.
— Ein Fall von Syphilis gummosa 179.
Peroni und Piccardi, Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe mit Itrol 37.
Perrin, L., Ein Hauttumor unbekannter Natur 148.
— 382.
Perrond 223. 234.
Perronet 8.
Pertik 165.
v. Petersen, O., Über die Behandlung des Favus der behaarten Kopfhaut 247.
— Über die Initialerscheinungen der Lepra 132.
— 175. 248. 279.

Petrini, Die Abwesenheit des Hansenschen Bacillus in einem Fall tuberkulöser Lepra und die Beziehungen der Nervenlepra zur Syringomyelie 134.
— Über das Serum von an tuberöser Lepra Leidenden und die Toxicität des Urins 134.
— Ein Fall von ungewöhnlichem Favus 248.
— 131.
Petruschky 588.
Peuch 38.
Peyer, Alexander, Atlas der Mikroskopie am Krankenbette 153.
Pezzer 560.
Pezzoli 83. 109.
Pfaff 543.
Pfeiffer 78. 419. 520.
Pflüger, Zur Therapie der Blennorrhoea neonatorum 52.
Philippi, Referate 50. 87. 91. 92. 93. 195. 196. 197. 204. 259. 261. 262. 341. 477. 478. 480. 482. 520. 530. 569. 571. 572. 577. 582. 592. 599. 600. 653.
Philippson, A. 320.
Philippson, L., Über die tuberkulöse Thrombophlebitis der Haut in einem Falle von skrophulösen Lymphomen des Halses 38.
Phillips, Leslie, Über die Behandlung der chronischen Akne 584.
Phipps, E. V., Fremdkörper in der Blase 102.
Pianese 589.
Piccardi und Peroni, Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe mit Itrol 37.
Pick 105. 157. 555.
Pick, Friedel, Tabes mit Meningitis syphilitica nebst Bemerkungen über die Genese der sogenannten „neugebildeten" Elastica bei Endarteriitis obliterans 249.
Picqué, Über die Behandlung der Infektion der Blase mittelst der Sectio alta 505.
Pielicke, Die syphilitischen Gelenkerkrankungen 366.
*Pini, J. und Bosellini, Über das Eccema rubrum universale 277.
— Das Granuloma trichophyticum Majocchi 37.
Pinkus, Felix, Ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem 249.
— Folliculitis 632.
Piogey 410.
Pitts, Nabeldiphtherie 591.
Plato 619.
Playfair 273.
Plimmer 420.
Plinius 610. 611. 614. 615.
Plonski, B., Zur Übertragbarkeit der Alopecia areata 404.
Plutarch 610. 611.
Podres 558.
Podwyssozki, Zur Entwickelung des Coccidium oviforme als Zellschmarotzer 419.
— 420.
Polak 618.
Pollard 420.
Pollitzer 138. 213.
Poncet, Über die Botryomykose 592.
Pontoppidan 561.
Popow, Ein seltener Fall von acquirierter Atresia vaginae 270.
Popper, Ein Fall von Ureteritis membranacea 33.
— Ein Fall von Acne varioliformis des Kopfes 554.
— 40. 555.
Porges, Das Tuberkulin R. bei tuberkulösen Hautaffektionen 534.
Posada-Arango 541.
Posadas, Über eine neue durch Protozoen verursachte und auf Tiere übertragbare Geschwulstbildung am Menschen: Infektiöse generalisierte Psorospermosis 593.
Posner, C., Über Harntrübung. Ein Beitrag zur klinischen Harnuntersuchung 203.
— Weitere Mitteilungen über Sperma 399.
— 98.
Pospelow, Alexis, Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose oder Syringomyelie 250.
— Lupus und Epitheliom 500.
— Lichen ruber acuminatus 500.
— Veränderungen der Haut durch Podagra 500.
— 234. 553. 632.
Pospischill, Ein Fall von Scharlachnephritis, kompliziert mit Hydronephrose 514.
Poth, Über die Gefahren der rituellen Beschneidung 400. 654.
— 654.
Power, D'Arcy, Ein Fall von spontanem Verschwinden eines kongenitalen cystischen Lymphangioma 595.
Preiss 234.
Preuss, J. 608. 614.
Profeta 327.
Proksch, J. K., Über die Eingangsstellen des venerischen Kontagiums in der Haut 567.
— Über die Häufigkeit der Syphilis des Humerus 576.
— 608. 609. 612. 614. 618.
Pruner 614. 619.
Pryor 121.
Puccinotti 605. 619.
Purdon, E. B., Irische Dermatologen 432.
— 432.
Puschmann 608.

Quincke 470. 472.

Rabitsch, J., Zur Geschichte der Queck-
silbertherapie 648.
Radaeli, Veränderungen der Zellen der Hirnrindensubstanz in einem Falle von Dermatitis herpetiformis Duhring bei einer Patientin mit schwerer Arteriosklerose 481.
Rademacher, J. G. 245. 605.
Raemdonck 74.
Ramazzini 517.
Ramond, Neue Behandlung der tuberkulösen Cystitis durch Einführung von sterilisierter Luft in die Blase 100.
Ramsay, Einige Augenkrankheiten als Resultat der Syphilis 577.
Ranke 571.
Ranvier 589.
Rasch, C., Über Hautausschläge bei medikamenteller Anwendung von Borsäure und Borax 469.
Rauber 148.
*Rausch, H., Über hautfarbene Salben und Pasten 314.
Ravogli, A., Das Tuberkulin in der Dermatologie 263.
— Thermomineralbehandlung in der Syphilistherapie 151. 368.
— 278.
Rayer 277. 607.
Raynaud 73. 74. 131. 251. 501. 520.
Razek 223. 310.
v. Recklinghausen 227.
Réczey, Ein Fall von 11 Tage anhaltender Anurie bei einem Steinkranken 93.
Reder 577.
Reed, W., Amöboide Körper in dem Blute von vaccinierten Affen und Rindern und in dem Blute Variolakranker 526.
Reichel 27.
Reid, W., Ein Fall von Katheterfieber, Tod in 20 Stunden, Autopsie 90.
Reilly, F. B., Tod durch Vergiftung mit Pyrogallussäure 42.
— 43.
Reiss, L., Physiologische Untersuchungen über die Perspiratio insensibilis der Haut 189.
Reitz 298. 304. 522.
Reliquet 364.
Remak 148.
Renouard 157.
Renoy 541.
Respighi, Emile und Ducrey, Über die Hyperkeratosis figurata centrifuga atrophicans, fälschlich Porokeratosis genannt 635.
— — Die Lokalisation der sogenannten Porokeratose auf der Mundschleimhaut 581.
Respighi, Emile 636.
Reumont 222. 242. 255. 309.
Reuter 40.
Richter, Max, Der mikrochemische Nachweis von Sperma 196.
*Richter, Paul, Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris 342.
— 342.
Richter, Paul Friedrich, Über Krankenpflege bei Prostatikern 199.
Ricochon 470.
Ricord 30. 123. 255. 576.
Riecke, Erhard, Zur Kenntnis der Gangraena cutis 598.
Riegel, Franz 562.
Riegler, E., Ein neues Albuminumeter 206.
Riehl 252. 271.
Rille, J. H., Über Kalomeleinreibungen bei Syphilis 251. 401.
— Demonstration einer Moulage von Acne articifialis 400.
— Demonstration einer Moulage von Vaccineeruption am Genitale (Vaccinola) 400.
— 25. 28. 652.
Ritter 224. 228. 234. 324.
Robbe, Perforation der Blase durch eine Revolverkugel 99.
— Über den Gebrauch der Chromsäure bei der blennorrhoischen Urethritis und Cystitis 377.
Roberts 266.
Robinski, Severin, Beitrag zur Kenntnis der Behandlung und Heilung der Krebserkrankungen 565.
Robinson, A. R. 210. 334.
Robinson, Betham, Zwei Fälle von Milzbrand 592.
Robinson, W. J., Fall von schwerer renaler Hämophilie bei einem 5jährigen Kind 509.
— Bemerkenswerter Erfolg von Ichthyolglycerin bei einem anscheinend verlorenen Fall von Lymphangio-Phlebitis 589.
— Die Wichtigkeit frühzeitiger Behandlung der bösartigen Epitheliome der Haut 593.
Robson, M., Ein Fall von suprapubikaler Prostatektomie 202.
Rocca, Hereditäre Syphilis mit Läsionen im Gehirn 86.
Roche, Hydatiden der Niere. Ausscheidung von Hydatiden mit dem Urin 413.
Roche und Michel, Die Syphilisbehandlung mit Kalomelinjektionen am Charité-Spital zu Marseille 652.
Rocher 136.
Du Rocher, B., Cystoskopie und Katheterisation der Ureteren; Cystoskope zu Operationen 150.

Rochet und Jourdanet, Über die Incontinentia urinae in der Kindheit 95.
Röntgen 317.
Rörig sen., C., Über Diagnose und Zertrümmerung eingewachsener Blasensteine 355.
Roger und Comte, Sekundäre Infektion intestinalen Ursprungs nach Masern; Hepatitis, Perihepatitis, putride Pleuritis 518.
*Rohleder, Die Anwendung des Naftalan in der dermatologisch-syphilidologischen Praxis 105.
— 348.
Rolleston, Excessive Urobilinurie im Anschluſs an die Verordnung von Trional 268.
Rollet, Die syphilitischen Retinitiden 577.
— 38.
Romberg 249. 372. 574.
Róna, S., Ein Fall von Lichen ruber planus mit Lichen acuminatus-Knötchen 177.
— Ein Fall von Seborrhoea circinata 177.
— Eine den Lichen ruber vortäuschende Hautaffektion 178.
— Ein Fall von Morbus Jadassohni 180.
— Über Symptome der Urethritis totalis 251.
— Ein Fall von Lupus erythematodes 555.
— Ein Fall von Lichen ruber planus extern behandelt 555.
— Ein Fall von Seborrhoea circinata 555.
— Ein Fall von Conjunctivitis syphilitica acuta 633.
— 121. 178. 554. 555. 556. 632.
Rosenbaum, Über Naftalan 261.
— 105. 605. 606. 608. 609. 610. 616. 617. 618. 619.
Rosenberg, Leukoplakia pharyngis non specifica 603.
Rosenfeld 466.
Rosenthal, O., Ein Beitrag zur Hauttuberkulose 252.
— Über Protargol 28.
— Pityriasis rubra pilaris 629.
— 28. 29. 31. 136. 137. 138. 240. 629.
Rosin, H., Über einen eigenartigen Eiweifskörper im Harn und seine diagnostische Bedeutung 207.
Rosinski und Hochsinger, Das Collessche Gesetz und die Frage des Choc en retour 400.
Rosolimos 75.
Routier 50.
Rovsing, Thorskild, Über die Ätiologie, Pathogenese und Behandlung der septischen Infektionen der Harnwege 560.
— Kontroverse mit Melchior über die infektiösen Krankheiten der Harnorgane 35.
Rovsing, Thorskild 266.
Rox, Achilles, Spyrocolon und Syphilis in Griechenland 360.
Rubenstein 534.
Rubinstein 264.
Rüttner, Über Struma syphilitica 401.
Ruffer 420.
Ruggles, E. W., Protargol, ein neues Antiblennorrhoicum 377.
Russel 169. 427. 428. 593.
Rutty 432.

Saalfeld, Edmund, Apparat zur Applikation von heifsen Dämpfen 136.
— Kurze therapeutische Mitteilung; ein Beitrag zur Oophorinbehandlung 261.
— 24. 28. 31. 234.
Sabadini 75.
Sabolotski 632.
Sabouraud, Über eine neue Form von Alopecia areata beim Kinde (Ophiasis Celsi) 139.
— Die Karate 344.
— 139. 153. 154. 599.
Sacchi, H., Zur modernen Behandlung der Prostatahypertrophie 201.
Sacharow, A., Ein Fall von Resektion der Samenausführungsgänge bei Prostatahypertrophie 202.
Sack 24. 25. 28. 397. 608.
Sänger 182. 273.
Sahli 351.
Saillet, Über ein neues Harnpigment: das Urosein 268.
Salkowski 275. 423.
Sandwith, F. M., Pellagra in Ägypten 637.
Sanfelice 593.
Sapuppo, H., Das Ulcus molle beim Tiere 38.
Savill, T. D., Bericht über die Pockenepidemie in Warrington 1892—93 525.
Sawtschenko, J., Sporozoen in Geschwülsten 420.
Scarenzio, Über die neuesten Heilmethoden der Syphilis 36.
— Über den diagnostischen Wert der intramuskulären Kalomelinjektionen 38.
Schäffer, J., Bemerkungen zur Frage der Leprazellen mit Demonstration mikroskopischer Präparate 133.
— Demonstration zur Frage der visceralen Lepra 133.
— Über die Verbreitung der Leprabacillen von den oberen Luftwegen aus 252.
— Beitrag zur Frage der Gonokokken-Toxine 274.
— 276. 374. 589.
van Schaick, George G., Die Häufigkeit der Blennorrhoe bei verheirateten Frauen 46.

Schamberg 213.
Schanz, Fr., Über die gelbe Quecksilberoxydsalbe 640.
Scharff, P. 112.
Schein, Ein mit Solutio arsenicalis Fowleri behandelter Fall von Lupus erythematodes 34.
— Ein durch Massage gebesserter Fall von Elephantiasis Arabum 178.
— 34. 555.
Scheinmann 224. 225. 227. 228. 229. 230. 234. 235. 236. 237.
Schenk, A., Klinische Untersuchungen des Nervensystems in einem Falle von Erythromelalgie 482.
— 271.
Scheuber, Adam, Über den Ursprung der weichen Naevi 253.
Schiff, Über die Einführung und Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie 400.
— 170. 171.
Schlagenhaufer 240. 375.
Schleich 158. 159. 502.
Schlesinger, Hermann, Über die familiäre Form des akuten circumscripten Ödems 470.
— Zur Physiologie der Harnblase 97.
— 80. 81. 250.
Schlossmann, Wie kann sich der Impfarzt vor wirklichen und angeblichen Impfschädigungen schützen? 400.
Schmid-Monnard 466.
Schmidt, Benno 89.
Schmithuisen 576.
Schnee 222.
Schnurrer 607.
Schoen, E. 75.
Scholtz, Über den Prolaps der Urethra beim Weibe 270.
— 126.
Schottländer, J., Über Eierstockstuberkulose 426.
Schottmüller 298. 301.
Schourp, Über Ichthyosis hystrix 146.
Schuchardt 656.
Schüller 157.
Schürmayer, Bruno, Über Vasogene 44. 401.
— Zur Ätiologie des Erysipels und Kenntnis der cellulären Reaktionserscheinungen nach Infektionen 588.
Schütz 400.
Schulte, W., 223. 235. 236. 237. 239.
Schultz 121.
Schulz 34.
Schumacher, Carl, Quecksilber und Schleimhaut 254.
Schuster, L. 27.
Schweninger 177.
*Schwenter-Trachsler, J., Xanthoma glycosuricum 209.
Schwimmer, Neurodermitis papulosa-Fälle 32.
— Ein Fall von Molluscum fibrosum universale 33.
— Wann soll man mit der Quecksilberbehandlung der Syphilis beginnen? Wie lange soll dieselbe fortgesetzt werden? Soll man die Syphilis zu Beginn der Sekundärerscheinungen oder ohne Rücksicht auf dieselbe in präventiver Weise behandeln? 650.
— 33. 34. 105. 112. 178. 641.
Schwyzer, F., Zur Ätiologie des Morbus Addisonii 596.
Scott 223.
Secchi, Bemerkungen zur Histologie und Ätiologie des Rhinoskleroms 592.
Sederholm, E., Die Verbreitung der Lepra in Schweden 74.
— 529.
Sedlmayr, Fortschritte der Blennorrhoebehandlung seit dem Prager Kongreſs 1889 S. 26.
Seegen 223. 224. 227. 296.
Seelig, Albert, Über innere Metastasen bei Blennorrhoe des Mannes 146. 256.
— Über die wichtigsten wechselseitigen Beziehungen zwischen den Erkrankungen des Harn-Sexualapparates und denen anderer Organsysteme 560. 634.
von Sehlen 543.
Seifert, Otto, Die Syphilis der Zungentonsille 255.
Seitz, C., Über Scharlach 511.
Semmelweiss 623.
Senator 264.
Senn, Emanuel, Die Behandlung eiternder Fistelgänge 328.
Servantie 222. 223. 224. 228. 296. 298.
Sharman und D'Esterre, Diphtherie mit ausgebreitetem subcutanen Emphysem 600.
Shaw-Mackenzie, J. A., Syphilis bei verheirateten Frauen 568.
Shiwult, Naevus verrucosus ichthyosiformis 553.
— Naevus verrucosus 553.
Shurly, Masern mit Kehlkopfdiphtherie kompliziert 518.
Sichel, G., Pemphigus contagiosus 587.
Siebert, A., Ein neues Impfschild 524.
Sigmund 650.
Silberstrom 540.
Silex 466.
Silvestre, Die Leukocytose bei Scharlachfieber 513.
Simmonds 304.
Simon, F. A. 607.
Simon, O., Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mit der Bottinischen Operation 355.
— 77. 255.

Sinclair-Black und Atherstone, Offizieller Bericht an die Regierung der Kapkolonie über die Serumbehandlung der Lepra 135.
Singer, G., Über Gonokokkenpyämie 48.
— 423.
Sjöbring 420.
Sion und Babes, Ein Fall von Endocarditis und Pyoseptikämie infolge von blennorrhoischer Infektion 48.
Sippel, Die Spezifizität des Erysipelstreptococcus 588.
Skene, Alex, Die Behandlung von Haut- und Schleimhautneubildungen mit Galvanokaustik und Elektrolyse 595.
— 393.
Skinner, Herbert, Pharmazeutische Bemerkungen 637.
Smith, J. B., Die Behandlung der Pyrogallussäurevergiftung 43.
— 432. 529.
Sokoloff, Eine neue Modifikation der operativen Behandlung syphilitischer Mastdarmstrikturen 575.
Solger, Über die Chromatophoren der Cephalopoden 401.
— Über vitale Farbstoffimprägnationen (Methylenblau, Neutralrot) 401.
Somoggi, Beitrag zur Behandlung der Bubonen 633.
*Sonnenberg, E., Ein Fall von Verunstaltung der Haare bakteriellen Ursprunges 537.
Sonnenburg 575.
Soudakewitsch 420.
Soulier 600.
Speranski, Reinfectio syphilitica 553.
van der Sperk, J., Über den Gebrauch des Europhens in der Dermatologie 41.
*Spiegel, Reizerscheinungen beim Gebrauche von Airolpulver 628.
Spietschka, Theodor, Über Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans) 317.
— 176.
Spiller, William G., Über Rückenmarkssyphilis 371.
Spillmann und Etienne, Über zosterförmige Syphilide 363.
— 256.
Sprecher, Erfahrungen mit der Itroltherapie bei venerischen Krankheiten 641.
— Ein seltener Fall von Naevus pigmentosus 602.
Sprengel, K. 605. 610. 616. 617. 618.
Stack, John Joseph, Puerperal-Erythema 468.
Stadelmann 562.
Stanziale 355.
Stark 652.
Staub, A., Ein Fall von Lepra in der Provinz Posen 318.
Steele, Tödlicher Fall von Purpura haemorrhagica und Pemphigus bei einem Rachitis-Kinde 510.
Steinberg 558.
Steindler, Über Leukocytose bei Scarlatina 513.
Steinschneider, Über die Differenzierung der Gonokokken durch das Züchtungsverfahren und das Färbungsverfahren 374.
— Eidotteragar, ein Gonokokkennährboden 375.
— 119. 276.
Stelwagon 147.
Stenzler 615.
Stephan 257.
Stephen, W. H., Ein Fall von wanderndem Ödem 471.
Stern, Edmund, Über einige bisher noch nicht beschriebene Formen von Herpes tonsurans 318.
Stern, Referate 42. 44. 46. 90. 101. 156. 208. 263. 359. 360. 362. 366. 368. 372. 376. 414. 469. 472. 511. 515. 528. 534. 567. 568. 576. 578. 580. 581. 586. 587. 647. 649. 652.
Sternthal, Demonstration eines Falles von strichförmiger Hauterkrankung der rechten oberen Extremität (Ekzem?) 25.
— Demonstration eines Falles von Lupus erythematodes discoides et disseminatus 400.
— Drei Fälle von Lupus nach Behandlung mit Tuberkulin R 400.
— Zwei Fälle von Sklerodermie 400.
— Ein Fall von hochgradig pigmentiertem, syphilitischen Exanthem 400.
— Ein Fall von Pemphigus vulgaris 400.
— Ein Fall von Ulerythema ophryogenes 400.
— Beitrag zur Kasuistik der Sklerodermie 319.
Stevenson, Ein scharlachähnlicher Ausschlag 468.
— Ein Fall von Urticaria factitia oder sogenanntem Dermographismus 472.
Sticker, Georg, Thesen über die Pathogenese der Lepra 70.
— 135.
Stierlin 591.
Still, G. F., Gummata der Milz 364.
Stirling, Die Wichtigkeit der Asepsis bei Behandlung von Harnröhrenkrankheiten 656.
Stockmann 170.
Stokes, W. R., und Gilchrist, Ein Fall von Pseudolupus vulgaris infolge eines Sprofspilzes 591.
Storp, Zur Behandlung der Bubonen 176.
Stowers, J. H., Arzneiexantheme. Ihr Wesen und ihre Varietäten 405.
Strauss, A., Referate 41. 42. 43. 44. 204. 206. 260. 262. 263. 272. 278. 378. 600. 640. 641.
— 310.

Stravino, Primäre hämorrhagische Hautsarkomatose mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie 257.
— Acne rosacea 24.
Strecker 307.
Stroehm, Christian, Aus der Praxis des Kampfes gegen die Syphilis 358.
Strube, Georg, Über das endemische Vorkommen von Parasiteneiern und -Larven im Harn der Bewohner von Natal und Transvaal 267.
Strübing 470.
Strümpell, N. 310.
Stumpf, L., Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1896 S. 522.
— Zur Züchtung von Tierlymphe 524.
Sturgis, F. R., Prostatorrhoea simplex und Urethrorrhoea ex libidine 460.
Surukgy 234.
Svendsen 3.
van Swieten 345. 647.
Swinburne, G. K., Über die Behandlung der akuten Blennorrhoe 463.
— Ein Fall von Cystitis infolge von Kolon-Bacillus, kompliziert mit Phosphatsteinen 465.
Sydenham, Th. 618. 650.
Syers, Unkomplizierte Purpura bei Kindern 509.
Sykes, W., Die weifsen Flecke auf den Nägeln 597.
Syms, Die operative Behandlung der Hämorrhoiden 598.
Szadek, Karl, Über Pemphigus vulgaris 586.
Szalardi, M., Die Behandlung der Syphilis congenita in Findelhäusern 648.

Tacitus 612.
Taenzer 354. 633.
Taguchi 552.
Talamon 406.
Tanágo, Gonzàles, Über die pharmakologische Behandlung der harnsauren Diathese, speziell der Harnsteine 206.
Tardieu 395.
Tarnowsky 358. 608.
Tate, Puerperale Gangrän 599.
*Tauffer, Émil, Beitrag zur Pathogenese und Histologie des Lupus vulgaris 157.
Taylor, G. St., Hautausschläge, auf der Basis infizierter Wunden entstehend 578.
Taylor, J. C., Ein Fall von akuter septischer Gangrän 507.
Taylor, M. R., Ein Fall von bei der Geburt eingeschnürtem Testikel. Kastration und Heilung 197.
Taylor, R., Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der Syphilis 361.
Taylor, R., Ein Fall von Urticaria des Pharynx mit Glottisödem 473.
Tenneson 139. 483.
v. Thaal, Jaroslaw, Ein Fall von aspiriertem Hautemphysem 600.
Thalles, Alexander von 608.
Themison 607.
Theophrastus 607. 619.
Thévenin, Kondylomatöse Wucherungen an der Vorhaut und am behaarten Kopf 407.
— Eine eigentümliche Form von Melanodermie 407.
— Ein ungeheures Gumma am Oberschenkel 408.
— Drei Fälle von tertiärem Zungen-Lippen-Syphilom 409.
Thibierge, Georges, Die Prophylaxe der Lepra in Ländern, in welchen sie nicht endemisch ist 134.
— Gesichtsepitheliom mit Bildung von Hauthörnern 141.
— Über die Anwendung der Arznei-Gelatine bei der Behandlung der pruriginösen Dermatosen 320.
— 189.
Thiersch 89. 158. 159. 328. 399. 428. 573.
Thin 543.
Thissen, T. und Brandis, Ein Fall von atypischer Syphilis (Syphilis gravis), geheilt durch die spezifische Methode von Aachen und gleichzeitige chirurgische Behandlung 362.
Thomas, W. Th., Drei Fälle von syphilitischer Infektion infolge Tättowierens 639.
— 514.
Thompson, Asburton 75. 131.
Thompson, H., Ein Fall von Blasenhernie 101.
— 103.
Thomson, Alexis, Carcinoma penis 655.
Thomson, R. S. und Marsh, Über die durch das Impfen bedingte Immunität in Bezug auf die Serumbehandlung bei Variola 520.
Thorner, M., Über Syphilis der Nase 368.
Tims 213.
Tochtermann 375.
Todd, H., Entzündung des Beckengewebes im Anschlufs an Blennorrhoe 47.
Török, L. 32. 555. 556.
— und Friedrich, Die Statistik der venerischen Krankheiten in geschlossenen Kreisen und ihre Prophylaxe 421.
De Tollenaere, Über die Wirkung des Lycetols 42.
Tommasoli, Impetigo herpetiformis und Pyodermitis vegetans 257.
— Über Condylomatosis pemphigoides maligna (Pemphigus vegetans Neumann) 321.

Tommasoli, Die Wirkung der Kochsalzinjektionen bei ausgedehnten Verbrennungen 478.
— 45.
Torday 164.
Tousey, Sinclair, Über Thiosinamin 44.
Touton, Über Ätiologie und Pathologie der Akne 23.
— 24. 25. 182.
Trachsler 541.
Trendelenburg 171.
Trommer 229. 240. 296. 299. 300. 311.
Troplowitz 397.
Trousseau 96.
Trunecek 141. 344.
Tschlenow, Mikroskopische Präparate von einem Falle von Lupus vulgaris 632.
— Die Färbung der elastischen Fasern nach Weigert 633.
Tschudi 619.
Türkheim, Referate 36. 64. 149. 190. 391. 412. 499. 500. 637.
Tylor, E. 613.
Tyson 28.

Uffreduzzi 531.
Ullmann, Über Vasogene als Vehikel für lokale Hautbehandlung 264.
Ultzmann 376.
*Unna, Die Eisbehandlung der Epididymitis blennorrhoica 128.
*— Zwei kardinale Punkte bei der Behandlung des akuten Trippers 20.
*— Kalipasten und Kalidunstverbände 65.
*— Pulvis cuticolor 244.
— Über Ichthyol 401.
— Demonstration mikroskopischer Präparate zur Naevusfrage 401.
— Die Fettfunktion der Knäueldrüsen und die Durchsetzung der Haut mit Fett 417. 501.
— Zur Kenntnis der Hautveränderungen nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen 478.
*— Wie fixiert man stark wirkende Medikamente am Ellbogen und Knie? 549.
— Referat 357.
— 1. 2. 27. 39. 40. 71. 121. 137. 147. 154. 163. 166. 167. 168. 174. 175. 178. 193. 194. 209. 216. 220. 265. 278. 287. 289. 291. 292. 314. 315. 316. 342. 343. 349. 354. 364. 382. 389. 425. 426. 427. 453. 454. 455. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 497. 541. 542. 580. 581. 589. 590. 608. 612. 617. 640.
Urbanowitsch, Zur Kasuistik der Tuberkulose der Genitalorgane im Kindesalter 87.
— 530.
Uribechyel 345.

Vajda, Über die Injektionen in die Harnröhre 89.
— Über Injektionen in die Harnröhre Erwiderung auf die Bemerkungen von Dr. H. Feleki 89.
— 89.
Valentine, Ärztliche Ratschläge für Patienten mit Urogenitalaffektionen 151.
Valerio, Einige klinische Bemerkungen über den Tripperprozefs 45.
Vannini, Über Urobilinurie 268.
Varga, Fall von Psoriasis vulgaris mit follikulären Läsionen 556.
— 34.
Variots 602.
Vaubel 325.
Vaughan, Syphilis der Nase, des Rachens und Kehlkopfes 369.
Della Vedova 366.
Veiel, Therapie der Akne 23.
— Über die Behandlung tuberkulöser Prozesse mit Pyrogallol 322.
— 24. 25.
Verchère 395.
Verneuil 311.
Veveroch, Anton, Über das ursächliche Verhältnis der Darmfäulnis zu einigen Dermatosen 423.
Veyrières, Die „Ceyssatite“ 149.
Viannay, Tertiäre Syphilis der Vagina 642.
Viatte 271.
Vidal 32. 256. 257. 341. 408. 459.
Viertel, F., Der Bottini-Freudenbergsche Prostataincisor 502.
— Vier Centimeter langer, fünf Centimeter dicker Ureterstein 502.
— Grofser, hirschgeweihartiger Nierenstein 502.
— Inkrustiertes Drainrohr 502.
*Vieth, H. und Kromayer, Einige neue dermatologische Heilmittel, Derivate des Pyrogallols, Chrysarobins, Resorcins 11.
Vincent 420.
Virchow, R., Die Stellung der Lepra unter den Infektionskrankheiten und die pathologisch-anatomische Erfahrung 31.
— 120. 174. 176. 192. 197. 354. 366. 501. 608. 618. 653.
Vogt 521.
Voigt, L. 25. 468. 553.
Volkmann 157.
Vollmer, E., Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge 557.
— Psoriasis und Balneotherapie 583.
Vullers 615.
Vulpius 616

Waelsch, Ludwig, Untersuchungen über die Wirkung des Tuberkulin R. auf lupöses Gewebe 323.
— Abnorme Fälle von Psoriasis 583.
Wagner 40.
Waldeyer 543.
Walker, Norman, Lichen scrophulosorum 533.
— 211. 212.
Wallace, Die Wichtigkeit der Asepsis in der Behandlung von Erkrankungen der Harnorgane 653.
Walsh, David, Die Ausscheidung der Bakterientoxine durch die Haut 424.
— Zwei Fälle von Dermatitis durch die Pflanze „Angelica" 478.
— Tiefe Gewebsverletzung durch Röntgenstrahlen 480.
Walsh, J. J., Mitteilung über die hemmende Wirkung von Acetanilid auf Bakterienwachstum 259.
De Wannemaeker, Pathologie und Behandlung des Pruritus 600.
Ward, Ein Fall von Priapismus 656.
Warden, A. A., Bemerkungen über paradigmatische Untersuchung der normalen strikturierten Harnröhre nebst Einzelnheiten in der Behandlung der „dehnbaren Striktur" nach den von Prof. Guyon geübten Methoden 91.
Wasiliewski 483.
Wassermann, A., Über Gonokokkenkultur und Gonokokkengift 275.
— 93. 276.
Watraszewski 279.
Weber, L., Über Purpura haemorrhagica 510.
— Werden Leprabacillen von einem Leprakranken ausgeschieden und auf welche Weise verlassen sie den Körper? 531.
— 72.
Weber, P., Lokalisiertes Schwitzen und Erröten beim Essen 468.
Wedding 2.
Weidenhammer 25.
Weigert, Über eine Methode zur Färbung elastischer Fasern 418.
— 418. 633.
Weinrich, Untersuchungen über die Färbung des Gonococcus 150.
Weis, Wandständiges Hämatom des Hodensackes im Gefolge einer Hydrocelenpunktion 198.
Welander, Ed., Blennorrhoe mit Polyneuritis kompliziert — Polyneuritis blennorrhoica 49.
— Einige Fälle von Augenblennorrhoe bei Erwachsenen 52.
— Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Protargol 323.
— Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers 559.
Welander, Ed., 31. 119. 120. 176. 186. 251.
Weliaminoff, Partielle Resektion der krebsigen Blase 99.
Wellberg, Beobachtungen über Masern 517.
Wellmann, M.
v. Weltz 38.
Wentscher, Kurze Mitteilungen über die Behandlung der Blennorrhoe mit Protargol 378.
— Wie lange und unter welchen Umständen bleibt die Lebensfähigkeit der menschlichen Epidermiszellen aufserhalb des Organismus erhalten? 399.
Werler, Über Anwendungsweise und Wirkung des Oleum Salosantali (Salosantal) bei der inneren Medikation der Krankheiten der Harnorgane 261.
Wernicke 147.
*Werther, Hydrargyrum colloidale als Antisyphiliticum 624.
Wertheim 122. 182. 275. 276. 375.
West 189.
Westberg, Beitrag zur Lehre vom Pemphigus 585.
Wetterer, J., Über Vaccinatio generalisata 404.
— 501.
Weyl 331.
*White, James C., Lupus erythematodes und dessen Zugängigkeit für die Therapie 333.
— Beobachtungen über Dermatitis venenata 477.
— 74. 482. 619.
White, Ein diffuser, sich ausbreitender oberflächlicher Naevus 602.
White, Sinclair, Ein ungewöhnlicher Vorfall bei Ausführung der Lithotritie 196.
Whitfield, Arthur, Ein Fall von Mykosis fungoides 147.
— und M. Morris, Sechs Fälle von Lupus vulgaris behandelt mit Kochs Neu-Tuberkulin 535.
Wiboner 360.
Wickham, L. 388. 389. 420.
Widerhofer 361.
Widmark 1.
Wiglesworth, A., Über die Nutzlosigkeit der Isolierung bei Scharlach 514.
— Karbolsäure bei Scharlachfieber 515.
v. Wilamowitz-Moellendorff 611.
Wildermuth 466.
Willan 153.
Wille 308.
Williams, E. D., Wanderndes Ödem 470.
Williams, Bemerkenswerte Krankengeschichte eines Syphilitischen 572.
Wilms, M., Dermoide und Mischgeschwülste des Hodens (embryoide Tumoren) 401.

Wilson 541. 582. 636.
Winkler, Ferdinand, Über tingible Kugeln in syphilitischen Produkten 556.
Winternitz, H., Über das Verhalten von Jodfetten im Organismus und deren therapeutische Verwendung 640.
Winternitz, Rudolf, Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter) 824.
— 40. 79. 460.
Wise, Th. A. 614.
Wiśniewski, Julius, Zur Kenntnis des Angiokeratoma (Mibelli) 458.
Witzel 504.
Wolf 197.
Wolf, S. 466.
Wolff 24. 27. 28. 137. 138.
Wolff, J. 47. 552.
Wolff, L., Über Salbenstäbchen bei chronischer Blennorrhoe 257.
Wolters 163. 320.
Wossidlo, H., Die Strikturen der Harnröhre und ihre Behandlung 92.
— Über die Bedeutung der Cystoskopie für die Diagnose und Bedeutung der Krankheiten der Harnorgane 654.
— 26.
Wright 39.
Wrochynski 364.
Wulfsberg 618.

Yersin, A., Die Serumtherapie der Bubonenpest 590.

Zambaco, Die Beziehungen zwischen der Morvanschen Krankheit, der Syringomyelie, der Sklerodermie, der Sklerodaktylie, der Raynaudschen Krankheit, der Morphoea der Zeitgenossen, dem Ainhum, der progressiven Muskelatrophie Aran-Duchenne und der Lepra 73.
Zambaco, Die Nachkommenschaft der Leprösen 135.
— Über die Kontagiosität der Lepra 528.
— 74.
Zea 345.
Zeisler, Joseph, Trophische Dermatosen im Gefolge von Frakturen 462.
v. Zeissl, M., Über den Blasenverschluſs und über die Trichterbildung in der hinteren Harnröhre 97.
— Über den Einfluſs von Jod auf den Gehirndruck 325.
— Zur Therapie der Syphilis 648.
— 251. 367. 504. 567. 577.
Zeissl, H. 255.
Zeit, F. R., Über die Differentialdiagnose von Lepra- und Tuberkelbacillen 556.
Zenker 386.
Zerbes, P., Über symmetrische Gangrän 598.
Zerbini, U., Die trophischen Erscheinungen beim sogenannten primären Pigmentsarkom der Haut 355.
Ziegler 411.
Ziehl 181. 192. 253.
Ziemssen 145.
Zittmann 368.
Zuckerkandl, O., Über die Verwendung des Brennerschen Cystoskops zur Sondierung der Harnleiter des Mannes 269.
Zuelzer, G., Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis 325.
— 29.
Zunaga, Manuel, Über die Kontagiosität der Lepra 135.
Zuppinger, Über Barlowsche Krankheit 508.
Zwingmann, G. 131.

41C 1608